

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



***Ideación Suicida y su relación con el Estrés Psicosocial en
estudiantes de Psicología***

Tesis

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

Magallán Vargas Abigail Samantha
Villa Hernández Tania Elpihue

2006

Director de tesis: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Revisora: Mtra. Mariana Gutiérrez Lara



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A la UNAM, por darnos la oportunidad de estudiar y cumplir nuestros sueños. Gracias porque ahora sabemos lo que es el Orgullo Azul y Oro.

A los profesores que nos enseñaron lo que es la Psicología y nos ayudaron a ser lo que ahora somos y lo que sabemos.

A Estela, Nury, Samuel, Ma. Eugenia, Mariana, Miriam, Leticia, Isaura, Araceli, y Laura, por permitirnos realizar la parte práctica de esta tesis.

A los Alumnos que tuvieron a bien participar y sin los cuales la presente investigación no sería posible.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por habernos apoyado en este sueño y por darnos animo cuando creíamos que no íbamos a poder.

A la Mtra. Mariana Gutiérrez Lara, por sus comentarios e intervenciones oportunas que nos ayudaron a engrandecer este trabajo.

A la Lic. Ma. Angélica Ocampo, por dejarnos aprender de ti y saber que siempre contamos contigo. Eres la mejor amiga que pudiéramos haber encontrado.

Al Dr. Ramón Esteban Jiménez, por ser amigo y maestro; nos enseñaste nuevas cosas y nos diste algo en que creer. Sabemos que volveremos a verte.

A Minet in memoriam, porque al perderte encontramos el camino que seguir y nos enseñaste una nueva forma de ver la vida.

A todos nuestros amigos que estuvieron y que estarán presentes en nuestras vidas. Gracias por apoyarnos.

Agradecimientos.

(ABY)

A mi mami, por darme la vida y estar conmigo, por tu ayuda, por tus noches de desvelo y acompañarme siempre. Te Quiero Mucho.

A mi Habi porque sin ti no seria nada de esto posible, por apoyarme y aguantarme durante mis enojos. Te amo.

A mis 3 angelitos (Juanita, Genaro y Meche) que siempre me estan cuidando. Gracias por dejarme conocerlos, sé que nos volveremos a ver. Los quiero mucho abuelitos.

A Raquel y Vero por ser quienes son y enseñarme el valor de la amistad y saber que siempre cuento con ustedes.

A mis tías Amalia y Cristina Márquez, porque confiaron en mí y me apoyaron en este sueño.

A Alma, Flor y Sayito, por estar en mis crisis, saben que sin ustedes no habría terminado mi sueño. Gracias por ser tan lindas conmigo.

A Luis y Bety, por sus consejos, aprendizajes, conocimientos y su cariño. Gracias por dejarme conocerlos y estar conmigo en momentos difíciles (ustedes saben cuales).

A Erick y Diego por ser mis niños latosos y dejarme aprender lo que es la paciencia, por enseñarme con sus juegos travesuras y sonrisas.

A fofo por estar conmigo, en mis berrinches y alegrías, tristezas y enojos, por las desveladas cuando tenía tarea. Eres el mejor compañero.

A Tania por ser parte de esto y aguantar cuando no podía más y me desquitaba contigo; por dejarme formar parte de tu vida.

A los psicólogos de ADEVI y CAVI, por sus enseñanzas y conocimientos y por confiar en mi, mil gracias.

A mi familia (Tíos, primos y sobrinos) por ser parte de mi crecimiento.

A todas esas personas que he conocido y que me han enseñado cosas muy importantes.

A las personas que conoceré para seguir con mi crecimiento y a la meta de mis sueños.

Agradecimientos.

(TANIA)

A mi madre, mi tío y Angélica mis personas especiales, por enseñarme que siempre hay un camino, porque gracias a ellos se que siempre hay una forma de sacarle provecho a los problemas, que caer no significa rendirse, por que me mostraron el tipo de persona y de profesional que quiero y puedo llegar a ser.

A Ninfa por el ejemplo de valentía, Amor, altruismo y tesón, que marco mi vida desde niña y que me acompañara por siempre.

A mis hermanos Alfredo y David mis inseparables compañeros, mi apoyo y sobre todo mis mas grandes críticos, por acompañarme en el camino de la vida, por recordarme que no estoy sola y que el amor incondicional si existe.

A el amor de mi vida Gustavo, por tu paciencia, compañía, apoyo y comprensión, por las largas noches en vela, por los extensos debates y sobre todo por el amor que desde hace tanto tiempo compartimos.

A mis amigos Claudia, Yazmín, Susana, Oyuki, Brenda, Blanca, Rocío, Rafael, David, Gabriel y al grupo CALLEVI por mostrarme que puedo ser mas de lo que acepto, que compartir no es un tramite si no un privilegio y que los amigos son mejores que el prozac para la tristeza.

A mi mejor amiga y compañera Abigail por la paciencia, por aguantar mi testarudez y por enseñarme que el trabajo en equipo tiene más valor, pues te enseña a compartir, respetar, a mirar que el esfuerzo compartido nos engrandece y sobre todo nos invita a tomar conciencia de que el otro es importante.

A la vida y a Dios por la oportunidad de ser.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO I. SUICIDIO.....	8
1.1 Antecedentes sobre el suicidio.....	8
1.2 Aproximación y definición conceptual del suicidio.....	12
1.3 Teorías explicativas del Suicidio.....	14
1.3.1 Teorías Biológicas.....	15
1.3.2 Teorías Sociológicas.....	19
1.3.2 Teorías Psicológicas	23
1.3.3 Teorías Psicosociales	30
1.4 Clasificación de las conductas suicidas.....	35
1.5 Factores psicosociales del suicidio.....	39
1.6 Epidemiología de las conductas suicidas.....	45
1.6.1 Epidemiología Internacional.....	45
1.6.2 Epidemiología Nacional.....	51
CAPITULO II. ESTRÉS PSICOSOCIAL.....	55
2.1 Definición.....	55
2.2 Historia del termino.....	56
2.3 Evaluación del estrés.....	60
2.4 Fuentes de estrés.....	61
2.5 Las respuestas al estrés.....	63
2.6 El afrontamiento al estrés.....	65
2.7 Estrés y Enfermedades somáticas.....	66
2.8 Estrés, depresión y otros trastornos mentales.....	68
2.9 Estrés y conducta suicida.....	72
CAPITULO III. ESTUDIOS SOBRE IDEACIÓN SUICIDA Y ESTRÉS PSICOSOCIAL	74
3.1 Estudios psicosociales de ideación suicida.....	76

3.2 Estudios psicosociales de ideación suicida en México	78
3.3 Estudios sobre ideación suicida aplicando la escala de Beck.....	85
MÉTODO	89
Justificación	89
Planteamiento del problema	89
Objetivo	90
Hipótesis	90
Definición de Variables	91
Muestra	92
Tipo de estudio	92
Diseño	92
Instrumentos	93
Procedimiento	95
RESULTADOS	97
DISCUSIÓN	121
CONCLUSIONES	129
BIBLIOGRAFÍA	133
ANEXOS	143

Introducción

El suicidio puede ser considerado como un fenómeno social complejo que está presente en todas las culturas y/o países y en el que están implicados múltiples factores (biológicos, psicológicos, culturales, sociales, etc.).

El suicidio y las tentativas de suicidio constituyen un serio problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas. Los recientes estudios han demostrado que las tasas de prevalencia van en incremento considerablemente en los últimos años. En México, las tendencias siguen siendo las mismas, Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001) obtuvieron datos de la Secretaría de Salud que indicaban que de 1970 a 1998, el suicidio se incremento en un 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en mujeres.

Este aumento en el número de suicidios llevados a cabo, afecta de manera muy especial a la población adulta joven, lo que ha llamado la atención hacia los factores situacionales que se están produciendo. Sobre todo en aquellos jóvenes que se encargarán de la salud mental de la población.

La presente investigación pretende dar respuesta a la pregunta ¿Cuáles es el estimado de ideación suicida en estudiantes universitarios de psicología? Dado que la ideación es considerada una manifestación primaria del intento de suicidio y posteriormente del suicidio consumado.



Considerando lo anterior, el objetivo de esta tesis es estimar la tendencia de la ideación suicida en jóvenes universitarios de la carrera de Psicología de la UNAM, así como el nivel de estrés psicosocial de los mismos para posteriormente establecer la relación entre ambas variables. Por lo cual se llevó a cabo la aplicación de dos instrumentos, por un lado la escala de Ideación Suicida de Beck (González-Forteza, 2000) y por el otro el Perfil de Estrés de Nowack (Nowack, 2002).

En el capítulo I de esta tesis se presenta un enfoque general acerca del suicidio. Mientras que en el capítulo II se muestran los conceptos más importantes, así como los antecedentes sobre el estrés psicosocial. En el capítulo III se describen los principales estudios que se han llevado a cabo, tanto en México como en el mundo sobre ideación suicida y estrés psicosocial.

Posteriormente se describe la metodología, los objetivos, las hipótesis y las preguntas de investigación, así mismo, se delimitan las variables y se especifica el instrumento utilizado.

Igualmente en la siguiente parte se muestran los resultados obtenidos. Finalmente se presentan las conclusiones, discusión y las aportaciones del tema.

Capítulo I

Suicidio

1.1 Antecedentes sobre el suicidio

Es un hecho que desde la antigüedad, el suicidio ha sido un tema controversial. A pesar de esto, siempre ha existido, en el antiguo testamento ya se mencionaban los suicidios de Sansón después de haber perdido su larga cabellera a manos de Dalila, y por tanto perder su fuerza y finalmente se menciona el del rey Saúl después de haber padecido un trastorno mental (Gómez, 1996). También en el nuevo testamento, se menciona el suicidio de Judas Iscariote después de entregar a Jesucristo con un beso y saberse un traidor, se ahorca y muere.

En la antigua Grecia, ya se documentaban algunos casos de suicidio, en donde la actitud hacia este iba desde la tolerancia, pasando por la condenación hasta la admiración; dependiendo de las causas por las cuales era llevado a cabo, tales como: la necesidad de mantener el honor, evitar la captura, la humillación y la muerte infame (Mondragón, 1997).

En Atenas, el suicidio era castigado; se llevaba a cabo un ritual en el cual al cadáver se le privaba de una sepultura y se le amputaba la mano derecha, la cual era enterrada en un lugar distinto (Moron, 1987).

En Grecia existían dos corrientes partidarias de la muerte, los estoicos, liderados por Platón, quienes hacían poco caso de la vida con la frase *“salimos de la vida con tanta satisfacción como de un cuarto lleno de humo”*. Y los cínicos, los cuales eran dirigidos por el filósofo Hegesias (Pisathanatos), cuyo nombre significa “el que empuja hacia la muerte”, el cual profesaba tan elocuentemente su apología sobre el suicidio que sus discípulos se mataban (González-Macip, 1998).

En la Roma Imperial, el suicidio llegó a considerarse honorable entre políticos e intelectuales; sin embargo, el número de suicidios aumentó durante la decadencia del imperio. Al igual que en Grecia, existieron 2 grandes corrientes en las que la principal influencia fueron, por un lado, Séneca para los filósofos cuyo lema era *“pensar en muerte, es pensar en libertad”* (Moron, 1987). Y los literatos, encabezados por Lucano, conocido en esa época como “el poeta del suicidio”.

El suicidio de los esclavos era común, a pesar de ser prohibido, si sobrevivían eran castigados. Los soldados, sin embargo, tenían el derecho de autodestruirse, si tenían un sufrimiento intolerable.

En la India, desde la Antigüedad, y bajo la influencia del brahmanismo, los grandes sabios que buscaban la liberación de todos los males, mediante la “nada absoluta”, se suicidaban frecuentemente durante las fiestas religiosas.

En el Tíbet y en China, la idea del suicidio se expandió bajo la doctrina del buda Siddharta Gautama, quien distinguía dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección; y el que huía ante el enemigo. Los suicidios, generalmente se llevaban a cabo de forma masiva; un ejemplo de ello es, que después de la muerte de Confucio, 500 de sus discípulos se aventaron al mar como protesta contra la destrucción de sus libros (Moron, 1987).

En Japón, desde hace siglos y hasta la fecha, el honor inducía a los nobles a realizar el hara-kiri, es decir, durante el culto, algunos creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar divinidades (Morgan, 1983).

En Germania, por otro lado, se llevaban a cabo muchos suicidios religiosos. Todo con el fin de ver abrirse ante ellos las puertas del Walhalla, los ancianos y las mujeres se suicidaban, entre amigos al finalizar el banquete. Las viudas se sacrificaban ante los cuerpos de sus esposos muertos (Gómez, 1996).

Durante la Edad Media, los cánones condenaban el suicidio entre los cristianos, los que lo llevaban a cabo no eran sepultados cristianamente. Gracias a esto, la verdad es que fueron pocos los suicidios que se presentaron del siglo V al siglo XI.

En cambio durante los siglos XII y XIII se incrementaron considerablemente el número de casos, la herejía cátara incitaba algunos de sus miembros a llevar a cabo "el suicidio sagrado". Sin embargo la represión fue violenta, tanto que el

cadáver del suicida era arrastrado sobre un cañaveral, de cara al suelo y luego exhibido por las calles (Moron, 1987).

Durante el Renacimiento hubo un cambio de postura sobre lo que respecta al suicidio. Así para Dante existía un doble nivel con relación al suicidio: “las almas nobles” (poetas, filósofos y algún político) irían al limbo, mientras que los políticos impopulares y el resto irían al infierno. Erasmo consideraba al suicidio como una forma de manejar el cansancio de la vida, a pesar de considerarlo un acto enfermizo. Mientras tanto, Lutero y Calvino predicaban la sumisión a la voluntad de Dios; por lo que el protestantismo se pronunciaba contra la legitimidad del suicidio.

En el Siglo XVIII, la mayoría de los suicidios se atribuyen a enfermedades mentales. A pesar de esto, las nuevas ideas del suicidio se ponen en boga.

A pesar de la oposición del clero y los militares, la presión social para su despenalización derivada de la Revolución Francesa era cada vez más fuerte. Con la Declaración de los Derechos del Hombre, la cual proclama la libertad humana, se inhibe toda sanción existente y con el desarrollo de los acontecimientos, los suicidios fueron cada vez más numerosos (Vega-Pinheiro, Basco-Fontecilla, Vaca-García y Díaz-Sastre, 2002).

En el siglo XIX la cantidad de suicidios aumentó considerablemente, se realizaron cuantiosos estudios sobre este tema, tratando de encontrar cuales

eran los factores que causaban este fenómeno. Se realizaron estudios sobre factores sociales (influencias de las transformaciones económicas, políticas e individuales) y/o factores culturales. En el último cuarto de este siglo se dan a conocer los primeros clubes de suicidio en Gran Bretaña y Estados Unidos (Clemente y González, 1996).

Sobre la historia de México, Gómez (1996) refiere que se pueden mencionar dos casos de suicidio trascendentales:

- 1) el tercer emperador mexicana, Chimalpopoca, quien se ahorco en una jaula antes que aceptar ser sirviente de los tepanecas, y ;
- 2) el cadete del Colegio Militar, Juan Escutia quien se arrojó envuelto en la bandera mexicana, para no entregársela a los invasores norteamericanos.

I.2. Aproximación y Definición Conceptual del Suicidio

Como se menciona, el suicidio ha causado desde siempre toda clase de reacciones entre las personas. Sin embargo, las concepciones sobre el suicidio han ido evolucionando desde el enfoque de un mero acto hasta tomarlo en cuenta como parte de un concepto amplio y complejo, como un componente del comportamiento.



La primera vez que la palabra suicidio fue utilizada fue por el abate Desfontaneis en 1737, cuyo significado era derivado del griego y significa “muerte propia”. Ya que proviene de los vocablos griegos “sui” que significa “si mismo y “cedere” que se refiere a “darse muerte”.

Sin embargo, al tratar de dar una definición de suicidio, tenemos que recurrir a Durkheim (1897), cuya definición ha sido la más citada sobre los estudios de este fenómeno: *“Se llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que se producirá este daño”*.

Beck, Beck y Kovacs (1975) definieron el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida y da como resultado la muerte. Esto incluye todas las situaciones en que las circunstancias que rodean el fallecimiento llevan a la conclusión de que el individuo realizó una acción con el propósito fundamental de poner fin a su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como un acto con resultado fatal que es deliberadamente iniciado por una persona contra sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte. (Castelli, 2002).

Para esta investigación definimos el suicidio como “todo acto que lleva a cabo un individuo, cuya finalidad es la muerte propia, ya sea consciente o inconscientemente”.

Es necesario tomar en cuenta, tal como lo menciona Gómez (1996), que el suicidio no es un evento que ocurre ni repentina ni impulsivamente, y tampoco es impredecible o inevitable; es el paso final de un fracaso progresivo al proceso de adaptación. Y más aún, no es resultado de una sola causa psicológica o social, sino que presenta como una alternativa final a un ambiente interpersonal confuso, frustrante y ansiógeno.

I.3. Teorías explicativas del Suicidio

El suicidio es un tema controversial en nuestra sociedad, y por ello al tratar de dar una explicación se vuelve controversial y dado que, se ha realizado desde diversas perspectivas. Estas teorías, lo que han intentado llevar a cabo, es entender tanto a individuos o a grupos de personas que han cometido suicidio o que tienen un alto riesgo de actos autodestructivos.

Podemos dividir las teorías acerca del suicidio en cuatro grupos: Teorías Biológicas, Teorías Sociológicas, Teorías Psicológicas y Teorías Psicosociales. Sin embargo, consideramos que es necesario para entender este fenómeno, integrar varias teorías que ayuden a entender los aspectos más complejos del comportamiento suicida.

1.3.1. Teorías Biológicas

Recientemente, la evidencia suscitada por las investigaciones refleja aspectos biológicos del comportamiento suicida, la cual ha enfatizado primeramente sustancias neurotransmisoras que pueden estar involucradas.

Existen principalmente, tres líneas mayores de investigación sobre la evidencia de una asociación entre la biología y la conducta suicida. Estas son: la evidencia de una correlación entre la actividad serotoninérgica alterada y la conducta suicida (Träskman-Bendz y Mann, 2000); los niveles de colesterol y el comportamiento suicida (Golomb, 1998); y por último, la contribución genética para el riesgo suicida, independientemente de la predisposición genética a los trastornos psiquiátricos asociados con el riesgo suicida (Roy, Nielsen, Rylander, Sarchiapone y Segal, 1999).

Los estudios más recientes concentran su atención en índices simples de actividad serotoninérgica, tales como la reducida concentración de metabolitos de serotonina en el líquido cerebroespinal en víctimas de suicidio o entre aquellos que lo han intentado en comparación con controles apareados por edad y sexo (Oquendo y Mann, 2000).

Siguiendo la evidencia sobre el nivel de serotonina y el suicidio, Träskman-Bendz y Mann (2000), encontraron que la deficiencia en la función serotoninérgica se correlaciona con la depresión mayor. Realizaron estudios

cerebrales post-mortem que sugieren que las anomalías serotoninérgicas asociadas con el suicidio se localizan en la corteza prefrontal ventral. Esta área del cerebro es anormal de acuerdo a las tomografías por emisión de positrones (TEP) en criminales sentenciados por asesinatos. Lesiones en la corteza prefrontal ventral están presentes en la conducta desinhibitoria. La entrada de la serotonina a esta región cerebral puede contribuir a la conducta inhibitoria, lo que puede incrementar el riesgo suicida.

Más recientemente, estudios neuroanatómicos han señalado cierta reducción en la densidad general de receptores 1A de serotonina, así como en receptores transportadores de serotonina (que regulan la captura de dicho neurotransmisor) en la corteza prefrontal. Arango, Underwood y Boldrini (2001) encontraron reducciones significativas en el número y capacidad de unión de receptores 1A de serotonina en el núcleo dorsal del rafe, de donde surge la inervación de la corteza prefrontal.

Para explicar el hallazgo reportado de que existen características biológicas predisponentes del suicidio, independientemente del diagnóstico, Mann, Wateraux, Hass y Malone (1999) sugirieron que la desregulación es un rasgo biológico que predispone al suicidio <<un modelo de estrés-distres >>. De esta forma, una persona con distrés tiene más probabilidad de responder experiencias estresantes de un modo impulsivo que pueda incluir la decisión de cometer suicidio. A pesar de los diversos estudios realizados, aún quedan

muchas preguntas sin contestar. Los correlatos comportamentales de estados de baja serotonina manejan el supuesto de incluir irritabilidad, impulsividad y volatidad emocional; sin embargo, la mayoría de los estudios abordan el diagnostico en lugar de síntomas específicos haciendo que tal correlación tenga que ser explorada aún en la población general (Gould, Greenber, Velting y Shaffer, 2003).

Otra de las teorías sobre los aspectos biológicos relacionados con la conducta suicida, indica una relación con el nivel de colesterol. Golomb (1998) realizó varios estudios epidemiológicos y sobre tratamientos basados en el nivel bajo de colesterol, que incrementan las tasas de muertes violentas, incluido el suicidio; las cuales están asociadas con el colesterol bajo.

En 1997, Maes, Smith, Chrstopher, et.al., realizaron un estudio con pacientes psiquiátricos con intentos suicidas previos, midieron el nivel de colesterol en ellos. Encontraron una relación entre el nivel bajo de colesterol y el suicidio o intento suicida.

Juárez-Rojo, Blé-Castillo, Villar-Soto, et al. (2005) realizaron un estudio con pacientes psiquiátricos con intentos de suicidio y sin intentos suicidas en el estado de Tabasco. Encontraron que los pacientes con intentos suicidas muestran un nivel disminuido del HDL-Colesterol en diferencia con el grupo control. Además encontraron un disminución significativa en los niveles de

receptores 5-HT, lo que sugiere que los pacientes con enfermedad depresiva y potencialmente suicidas presentan alteraciones en estos receptores o en su mecanismo de trasducción.

Con respecto a las teorías respecto al riesgo suicida asociado con los factores genéticos familiares, destacan una correlación significativa entre tres genes que tienen un papel importante en la regulación de la serotonina (Gould, Greenberg, Velting y Shaffer, 2003).

Uno de estos genes es la hidroxilasa triptofano (HT), la enzima que limita la tasa para la biosíntesis de serotonina. Estudios recientes (Mann y Staff, 1997; Nielsen, Virkkunen, Lappalainen, 1998) reportan una relación entre el intento de suicidio y un poliformismo sobre el intrón 7 del gen HT.

Los otros dos genes estudiados en la conducta suicida son el transportador de serotonina (SERT) y el gen receptor A de la serotonina. Los polimorfismos en estos genes han sido reportados en personas con intentos suicidas y con suicidios consumados (Arango, Underwood y Boldrini, 2001; Courtet, Baud y Abbar, 2001; Neumeister, Constan, Goldman, et al., 2002).

Sin embargo, no se ha encontrado mayor evidencia sobre la relación directa entre estos genes y la conducta suicida.

En suma podemos decir, que de acuerdo a varios estudios (Mann, Oquendo, Underwood, Arango, 1999; Mann, Watternaux, Hass y Malone, 1999; Roy,

Nielsen, Rylander, Sarchiapone y Segal, 1999), se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central independientemente del diagnóstico psiquiátrico.

Además se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, estableciendo así una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos <<polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}36) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre>> (Mann-Traskmann,2000 y Golomb, 1998).

1.3.2. Teorías Sociológicas

Al hablar de las teorías sociológicas, debemos mencionar la más importante y que a pesar de haber sido realizada hace un par de siglos, continua tomándose en cuenta en los estudios recientes. Nos referimos a la teoría de **Durkheim**, quien enfatiza los aspectos sociales acerca del suicidio, y en su libro *“El*

Suicidio" (1897), lo analiza desde la perspectiva de los sentimientos y la actividad de los individuos. Con el término anomia denomina una situación social, que desde su punto de vista, subyace al fenómeno del suicidio. Esta situación esta principalmente caracterizada por la falta de normas socialmente aceptadas y por lo tanto, obligatorias (Mondragón, 1997).

Durkheim (1897) clasifica el suicidio en a) suicidio egoísta, el cual consiste en que los hombres no perciben ya la razón de vivir; b) suicidio altruista, en la que el ser humano decide morir porque esta fuera de la razón de la vida, es decir, no se siente vivo; y c) suicidio anómico en el que el individuo percibe que sus actividades están desorganizadas y por esta razón sufre.

Además Durkheim menciona que el enfoque sociológico no es la única forma de valorar el problema, al contrario, son muchas: la suma de los suicidios traumatizantes, imprevisibles e individuales dan como resultado una nueva realidad.

Algunas características establecidas por Durkheim (1897), a finales del siglo XIX son: la tasa de suicidio aumentó con la edad, la tasa de suicidios es mayor en los solteros y en los viudos que en los casados; también es mayor en las zonas urbanas que en las rurales; entre los países europeos las variaciones se mantienen con el tiempo y de un año al otro; la tasa de suicidio varía poco, y a largo plazo sigue un patrón definido; se comete con mayor frecuencia de día, aumenta con la duración del día, y el orden de las estaciones (Verano,

Primavera, Otoño e Invierno), el suicidio se da más al principio que al final de la semana; y está íntimamente ligado a la religión, siendo el mayor número de suicidas los protestantes, seguidos por los católicos y finalmente los judíos.

Durkheim (1897) finaliza su teoría afirmando que el suicidio no es un simple fenómeno psicológico individual, sino que se trata también de un hecho social con dimensiones colectivas; las decepciones amorosas, la pérdida del empleo, los reveses financieros, los remordimientos, la depresión, la enfermedad mental y los sufrimientos físicos son los motivos individuales o psicológicos que pueden llevar al hombre a suicidarse. Utiliza finalmente a la familia como modelo observacional; explica que el suicidio prevalece más en hombres que en mujeres y en los ancianos más que en los jóvenes, ya que están menos integrados a la estructura familiar (Bille-Brahe, 2000).

La verdad es que durante años los sociólogos han debatido la teoría de Durkheim; sin embargo, la realidad es que casi toda la teoría social del suicidio se debe al estudio de Durkheim, el cual es considerado una obligación intelectual.

Otros autores con el mismo enfoque sociológico, estudian la relación de la conducta suicida con aspectos sociales como: nivel socioeconómico, clase social, actividades ocupacionales y roles sociales, principalmente **Gibbs** (1984) proponen una teoría que relaciona la desintegración del estatus social con el

índice de suicidios; así mismo son numerosos los estudios llevados a cabo sobre aislamiento social dentro de las conductas suicidas entre ellos se encuentran los de **Murphy y Robins** estos autores encontraron una relación significativa en la proporción de suicidios en individuos aislados socialmente (Gómez, 1996).

Por otro lado, **Baechler** (1979) es un autor que critica duramente la perspectiva Durkheimiana y propone como base el supuesto de que el suicidio es una conducta orientada a resolver un problema de forma positiva, es decir que el sujeto supera una situación que lo presiona provocándole una gran tensión. Afirma que el suicidio tiene presupuestos sociocognitivos y psicosociales, concibiéndolo como “el desenlace de un conflicto existencial del hombre”.

Manifiesta que el estudio del suicidio debe ser más cualitativo que cuantitativo, es decir, que habrá de tener su base en situaciones más concretas que en las estadísticas; dado que a pesar de tener características parecidas, los suicidios individuales no son equiparables los unos a los otros, por lo que propone variables nuevas a través de las cuales estudiarlo: senilidad, juventud, masculinidad y feminidad, ya que estas no solo traen consigo una edad y sexo concreto, sino que implican cierto estatus, rol, estilo de vida, etc., que son, en cierta instancia, los factores determinantes del suicidio.

Recientemente, se han desarrollado nuevas teorías que conciben al suicidio como un fenómeno cultural, tal es el caso de **Mäkinen** (2000) quien cuestiona

la existencia de algunos correlatos sociales para el suicidio, además, argumenta que el suicidio puede ser analizado como un fenómeno predominantemente cultural, es decir, que se centra en propiedades culturales de las sociedades.

Mäkinen(2000) parte del supuesto de que cultura no es algo que ocurre y es impuesto individualmente, por el contrario, es algo que surge cuando los seres humanos empiezan a vivir juntos y a sobrellevar un conjunto de ideas, hábitos, pensamientos, normas y valores que comparten. Por lo que concluye que el suicidio se trata de puntos de vista de la dualidad vida-muerte, como parte de una cultura. Sin embargo a partir del significado de suicidio como algo crítico, puede entenderse que la decisión de llevarlo a cabo es un proceso individual.

1.3.3. Teorías Psicológicas

Al hablar de teorías psicológicas acerca del suicidio, no podemos dejar de mencionar a **Sigmund Freud**, quien se basa primordialmente en el concepto de depresión y en la postulación de la existencia del instinto de muerte.

Desde el principio de las investigaciones psicoanalíticas, quedó aceptado que el acto suicida implica una agresividad hacia los demás. Siguiendo este punto de vista, Freud (1915) en su escrito *“Duelo y Melancolía”* describe el proceso depresivo de manera que la relación de amor de una persona hacia otra, se ve primero minado por una herida o desilusión real; como resultado de esto, el

sujeto se identifica con el desilusionante, ahora está perdido y amado, de manera que parte de su ego llega a verse en cierta forma, como el equivalente del ser amado-abandonado. Por lo tanto, la persona está disgustada consigo misma, en vez de despreciar al ser amado y dañarlo se hace este daño hacia sí mismo. El tipo de persona que lleva a cabo este patrón fue llamado como narcisista (incapaz de un amor maduro, en un nivel infantil y fijado en la etapa oral).

En conexión con esto, Freud explica la tendencia hacia el suicidio como un acto de hostilidad inconsciente dirigido al objeto amado introyectado (ambivalente).

Aunque Freud nunca escribió formalmente acerca del suicidio, sus escritos contienen nociones de una teoría que podría dar una explicación. Quizá el mejor resumen de las ideas de Freud fue dado por **Litman** (1967); quién sugirió que el suicidio es determinado por múltiples factores, y no uno solo, por lo que lo considera como una conducta compleja. Para Freud, entender el suicidio era parte esencial para conocer una parte del instinto humano o la tendencia hacia la agresión y destrucción. Él consideró al suicidio como una manifestación del instinto humano de muerte, el cual llamó *Thanatos* (en oposición a *eros*, o al instinto de vida); por lo tanto, en el suicidio, el instinto de muerte domina el poderoso instinto de vida (McIntosh y cols. 1994).

Para Freud, el instinto de muerte es, en esencia conservador y no busca nuevas experiencias sino que más bien trata de encontrar un estado de completo reposo; por tanto contrasta con el instinto de vida, que transforma este reposo y constantemente busca nuevas experiencias. El instinto de muerte busca el pasado y tiende hacia el eterno descanso; es decir, una tendencia que puede encontrar su expresión en el suicidio (Gómez, 1996).

Otra teoría psicoanalítica fue dada por **Carl Gustave Jung** (Cueli, Reidl, Martí, Lartigue y Michaca, 2001), quien manifiesta que las fuerzas preservadoras de la vida son sólo una pequeña parte de los poderes arquetípicos cuyo impacto sobre nuestro comportamiento y experiencias se describen clínicamente como impulsos de reacciones instintivas.

Desde el punto de vista jungiano, en relación con el suicidio, el self sólo, ocasionalmente puede experimentar de manera consciente (generalmente en forma de experiencia religiosa), que tiene a la vez un lado oscuro y un lado brillante. Cuando prevalece el lado oscuro, se crea una situación en la que la muerte parece más deseable o menos espantosa que la vida. Por ello, este estado es un prerequisite necesario, aunque no suficiente, para la conducta suicida (Gómez, 1996).

El punto de vista jungiano hace hincapié en el anhelo de un renacimiento espiritual; este principio de morir y renacer permanece a la esencia del

proceso evolutivo de la vida. Jung propone que este renacimiento espiritual es crucial en el suicidio. Así la persona escaparía de las condiciones presentes intolerables y podría apresurar el tiempo y regresar al vientre de su madre, para ser un niño sano y salvo. La muerte en este sentido se concibe claramente como la muerte del ego que ha perdido contacto con el self, y por lo tanto, con el significado de la vida. El ego tiende a retornar al seno de la "Magna Mater" para establecer este contacto y para renacer con un nuevo significado para la vida. La fuerza arquetípica de la "Magna Mater" tiene a la vez un aspecto dador de vida y otro aspecto destructor de vida, paralelos al lado oscuro y brillante del self. (Klopfer, 1969).

La teoría de **Alfred Adler** considera al individuo como un ser sociable que no puede ser aislado, sino más bien debe ser tomado en cuenta como parte de un contexto social.

Para Adler la deficiencia en el interés social es el común denominador para apreciar la salud mental (Cueli y cols., 1997). Enfatizó la inferioridad, el narcisismo y la baja autoestima como las características de una víctima potencialmente suicida.

Ansbacher (1969), menciona que las observaciones generales de Adler sobre el suicidio son:

- Tanto las tendencias suicidas, como la depresión, a la que se relaciona estrechamente, se desarrollan en individuos cuyo método de vida, desde

- la temprana infancia, ha dependido de las cualidades y el apoyo de otras personas. Siempre tratarán de “descansar en otros”. Esperan y exigen que los demás cumplan sus deseos.
- Desde la temprana infancia, la estima por sí mismos es claramente baja, como puede deducirse de sus continuos intentos de lograr mayor importancia. La perspectiva del suicidio le da la sensación de ser dueño de la vida y de la muerte.
- El estilo de vida del suicida potencial se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando sueña que los otros lo hieren o cuando él mismo se lesiona. Ocasionalmente, el suicidio se combina con la agresión abierta, como en los casos que va precedido de homicidio. El suicidio puede tomarse como un acto de reproche o venganza. En el suicidio como en la depresión, el estilo de vida emplea quejas, duelos y sufrimientos para influir sobre los demás y crear simpatías.

Adler reconoce que también hay personas suicidas a las que no es posible describir sino como personas bien adaptadas, aunque tales casos son extraordinariamente raros. Situaciones en las que el “relativamente sano” puede ver al suicidio como el único camino de salida, pueden ser: sufrimiento irremediable, ataques crueles e inhumanos, miedo de que se descubran actos vergonzosos o criminales, enfermedades incurables y extremadamente dolorosas (Gómez, 1996).



Otro teórico llamado **Brombeng**, quien afirma que el suicidio es, obviamente un síntoma y no una entidad clínica, y aunque el suicidio puede servir como una forma de castigo para la persona que antes se negó a darle amor al sujeto o como una búsqueda de paz (o reunión con el objeto amado) o también como un escape a ciertas dificultades insoportables (Gómez, 1996).

Fundamentalmente las bases del suicidio para Brombeng radican en el hecho mismo de un instinto de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

Finalmente un discípulo de Freud, el psiquiatra **Karl Menninger** (1972) describe dentro del suicidio tres dimensiones fundamentales: odio, depresión (melancolía) y culpa. Los cuales se encuentran presentes en todos los suicidios de forma interrelacionada 1) la venganza (un deseo de matar); 2) depresión/desesperanza (un deseo de morir); y 3) culpa (un deseo de ser asesinado). El comportamiento suicida surge cuando el impulso sexual se convierte en un impulso agresivo, esto como resultado de la pérdida del objeto amado, resultando así el comportamiento destructivo.

El proceso en el melancólico, en quien hay una verdadera explosión agresiva dirigida contra si mismo, se describe como de carácter regresivo incorporativo, en el que la agresión aparece como un medio de posesión –destrucción-. La autodestrucción ocurre debido a la confusión entre sujeto y objeto.

Para Menninger (1972), el suicidio es un acto de autoasesinato. En el individuo involucrado estará presente el deseo de matar, el deseo de que se le mate y el deseo de estar muerto.

Por último, **Farberow y Shneidman** (1969) afirman que “el suicidio no es una enfermedad del hombre rico, ni la maldición del hombre pobre. El suicidio es democrático y esta representado proporcionalmente en todos los niveles de sociedad”.

Para ellos, los cuatro tipos principales de crisis suicidas son:

- *Conducta suicida impulsiva*: Se lleva a cabo en el momento de la ira, o durante el desaliento o la frustración, que es generalmente transitoria. Sin embargo, debe reconocerse como una manifestación peligrosa que pudiera llevar a una tragedia.
- *La impresión de que la vida ya no es digna de vivirse*: Puede presentarse cuando una persona ha llegado a creer, durante cierto tiempo, que la vida carece de sentido, o que ya no es querida o necesitada. A veces piensa que sus dificultades no tienen solución y que no vale la pena seguir adelante.
- *Enfermedad muy grave*: Cuando el individuo que tiene un dolor constante o que cree que tiene una enfermedad incurable, considera a la muerte como una huida a ese sufrimiento.

- *Intentos de suicidio para “comunicación”*: En donde el motivo es comunicar un mensaje o intentar cambiar la conducta de otra persona y no morir. Esta forma de conducta constituye un riesgo, y si el plan de rescate no funciona bien, el individuo puede resultar un suicida accidental.

1.3.4. Teorías Psicosociales

Dentro de las teorías que buscan dar una explicación al fenómeno del suicidio, hay algunas que a pesar de ser consideradas como psicológicas, toman en cuenta factores sociales de los individuos por lo que se denominan “Teorías Psicosociales”, dentro de las cuales podemos mencionar:

Teoría de los constructos personales de Kelly

Kelly (1969) parte de la idea de que todos los sujetos tienen una peculiar forma de adaptarse al ambiente, en función de las categorías cognitivas concretas que poseen, y que sirven de parámetros para procesar sus experiencias. Desde este <<peculiar mecanismo de procesar>> es desde donde el sujeto construye e interpreta la realidad, su realidad.

La teoría de Kelly (1969) sobre el suicidio se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta última la que orienta y condiciona la conducta.

De esta manera Kelly llega al concepto de validación, que significa que la experiencia valida las expectativas personales cuando se cumplen nuestras anticipaciones; o por el contrario, niega nuestros marcos de predicción cuando se cumplan nuestras expectativas.

A partir de esto, explica el suicidio como un acto por el cual el individuo trata de validar la vida, es decir, darle un sentido, arremetiendo con las teorías que tratan de explicar el suicidio sin tener presente al sujeto.

Las dos razones por las que Kelly explica el suicidio son: a) El futuro es obvio para el individuo y por tanto incapaz de motivarle, y; b) Cuando por el contrario el futuro se muestra al sujeto totalmente impredecible, de manera que se ve <<obligado a abandonar la escena>>.

Así, el suicidio se manifestaría como una forma extrema de depresión, que o bien subraya o bien rechaza en exceso la definición de la vida, reduciendo la amplitud del sistema al sujeto mismo, desechando éste lo externo a él.

Define al suicida como “aquel cuyo sistema de construcción de la realidad está distorsionada por defecto o por exceso, y le provoca abatimiento o bien aburrimiento”. Además introduce un nuevo concepto, que es la existencia de sujetos psicológicamente muertos, aunque estén biológicamente vivos, ya que están inactivos social y psicológicamente. (Kelly, 1969).



Teoría de la internalidad/externalidad de Rotter

Rotter propone una Teoría del Aprendizaje Social compaginando la teoría del Refuerzo Social y la teoría de la Psicología Cognitiva. Explica conductas concretas y actitudes generales ante la vida y el entorno, como resultados de un proceso de elección o inhibición determinado por las propias atribuciones de logro y/o fracaso que las personas hagan sobre sus conductas, condicionadas por la interacción continuada con el medio ambiente y la realidad, que propone como procesos de experiencia que modelan a la persona en su proyección social (Alvaro, 1992).

Su principal aportación al tema de suicidio radica en la tesis de que la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la propia vida puede llevar al sujeto a un estacamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente.

La teoría de Rotter nos introduce en dos de las maneras por las que se puede llegar al suicidio: por suspensión de la proyección social, al no poder realizar las expectativas propias y percibirse al sujeto como incapaz de controlar su vida y los acontecimientos que le suceden; o como alternativa aprendida como plausible ante la no realización de ciertas expectativas que le sirven de refuerzo vital (Clemente y González, 1996).

En resumen, Rotter defiende que para que las personas deseen y se desarrollen óptimamente necesitan refuerzos vitales y un umbral mínimo de logro, determinados por el control que sobre los sucesos de vida tengan y la satisfacción de sus necesidades.

Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman

La Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman (1978) se fundamenta en la idea de que la percepción continuada por parte de un sujeto de no correlación entre los objetivos esperados de sus actos y los resultados de los mismos puede provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta experiencia de incontrolabilidad para suscitarle un sentimiento de indefensión que se traduce en la limitación y/o bloqueo, en menor o mayor grado, de su actividad.

La hipótesis de la Indefensión Aprendida propone que el estado depresivo es una consecuencia del aprendizaje de que los resultados son “incontrolables”. La indefensión puede dividirse en global (cuando abarque toda la existencia del sujeto) y específica (cuando se centre en factores y/o situaciones concretas con las que ha de desenvolverse el mismo, sin extenderse al resto de su vida).

La Teoría de la Indefensión muestra una especial relación del sujeto con el entorno social, y con su propio desarrollo como ser social, relación que no lleva al sujeto a su integración, sino todo lo contrario; provoca el paulatino

desligamiento entre el sujeto y la sociedad, e incluso entre el sujeto y su propio desarrollo como entidad individual y social, al ser uno de sus principales efectos la apatía y la desmotivación (Seligman, Abramson y Teasdale, 1978).

Teoría Socioindividual de Shneidman

Shneidman reconoce que el suicidio estaría determinado por cuatro elementos básicos que son: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Plantea que la tendencia autodestructiva (hostilidad) está provocada por estados emocionales negativos (perturbación). A ello se sumarían las distorsiones en la percepción y valoración de la realidad (constricción). Estos tres elementos suponen un alto riesgo de suicidio que es el cese (Villardón, 1993).

Completa su teoría añadiéndole características, que él considera comunes en todo suicidio, tales como: que el objetivo del suicidio es lograr el fin de una situación cognitiva de sufrimiento provocada por un estresor cuyo origen esta en las necesidades frustradas; como resultado de esto, el sujeto se estanca en una situación de indefensión y desesperanza, viendo restringidas su capacidad de decisión y resolución por una situación de ambivalencia y desorientación cognitiva (Villardón, 1993).

La línea de Shneidman es interesante, ya que muestra que cada vez más se tiende a construir teorías multidisciplinares superando las limitantes sociedad,

individuo y/o patología. Por tanto, Shneidman propone su teoría socioindividual, en la que integra los factores individuales, psicosociales y sociales que provocan la conducta suicida.

La teoría socioindividual sigue el patrón de vulnerabilidad al estrés y comprende que las variables que incitan al suicidio se reparten entre el sujeto, su entorno inmediato y la sociedad en la que vive el sujeto. Una mala relación entre el sujeto y su ambiente (Lazarus, 1976), una mala adaptación cultural (Cantaro, 1981), déficit cognitivos en la resolución de problemas (Schotte y Clum, 1987) y carencias en las relaciones personales, que hacen que el sujeto no posea, no pueda utilizar o no utilice el apoyo social de su entorno, son teorías que explican la vulnerabilidad al estrés (Villardón, 1993).

I.4. Clasificación de las Conductas Suicidas

Las clasificaciones de las conductas suicidas pueden ser innumerables según la referencia que se tome. Por ejemplo, la antigua visión filosófica-teológica contemplaba dos tipos de suicidio: los pecadores y los de insania (Díaz, Bousoño, y Bobes, 2004). Esta perspectiva permaneció hasta la llegada de una nueva visión secular ilustrada, que los denominó con los nombres de suicidio racional e irracional.



Si tomamos en cuenta la perspectiva sociológica, como ya lo vimos anteriormente, Durkheim (1897) rompe el esquema del suicidio racional-irracional al considerar que la clasificación ha de atenerse no a criterios individuales sino sociales, basados en la naturaleza de las sociedades que empujan al suicidio: a) Suicidio egoísta, que se da por una desintegración del grupo social (exceso de individualización); b) Suicidio altruista, que se da por una sobreintegración social (insuficiencia de individualización); el suicidio anómico, que el individuo lleva a cabo por una dislocación anárquica del grupo social (durante crisis económicas, políticas) o insuficiencia de cohesión social y; d) Suicidio fatalista, el cual se da por un exceso de reglamentación social, cuyo interés no es más que el histórico.

Desde otro punto sociológico más centrado en lo individual, Baechler (1979) contempla otras tipologías suicidas, basado en la información médica y judicial que recogió de casos concretos. Esta tipología es:

- a) Suicidio escapista, por el cual el sujeto busca evitar una situación, dividido en huida, duelo y castigo.
- b) Suicidio agresivo, a través del cual se supone que con la autodestrucción se daña a otros, dividido en la venganza, el crimen, el chantaje y la llamada;

- c) Suicidio oblativo, que supone la entrega de la propia vida por unos valores (personales, religiosos, sociales, etc.), dividido en sacrificio y transición.
- d) Por último, el suicidio lúdico, que supone que el sujeto más que precipitarse directamente a la muerte, lo hace mediante esta y sus formas son la ordalía y el juego (Clemente y González, 1996).

Otra forma de clasificación del suicidio (desde el punto de vista clínico), es dada por Bagley, Jacobson y Rehin (1976) quienes aportaron tres tipologías:

- 1) El depresivo crónico, con una historia de tentativas y de cuidados psiquiátricos.
- 2) El sociopático, aislado socialmente, con una historia tanto de tentativas como de pérdida temprana y carencias y que suele vivir en las zonas pobres de las ciudades.
- 3) El anciano impedido, generalmente viudo, que vive solo, presenta dolor, utiliza habitualmente barbitúricos prescritos, generalmente de clase media.

Siguiendo con las clasificaciones clínicas, Menninger (1972) clasifica los comportamientos suicidas en: *suicidio agudo* –tentativa de suicidio o suicidio consumado- y *suicidio atenuado*, crónico o parcial, basándose en las

variaciones de la destructividad. De aquí se deriva la idea del comportamiento autodestructivo como un continuo, desde el suicidio consumado hasta las conductas autodestructivas indirectas (abuso de drogas o conductas de alto riesgo), pasando por las conductas autodestructivas parciales (automutilaciones), tentativas de suicidio (con o sin lesividad), los gestos autodestructivos (sin lesiones ni intención suicida) y la **ideación suicida**.

La OMS en 1969, propone, como ayuda a las investigaciones realizadas en el campo de la suicidología, términos concretos y útiles como base común para su denominación y clasificación:

1. Acto Suicida: hecho por el que un sujeto se causa así mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
2. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.
3. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.

Finalmente, la clasificación que tomaremos en cuenta en esta investigación es la dada por Beck, Kovaks y Weissman(1979), según su presentación ante el clínico:

- a) Ideación Suicida: deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de llevarlo a cabo.

- b) Tentativa Suicida: Comportamiento por el cual el sujeto intenta quitarse la vida, y tiene como resultado una lesión no letal.
- c) Suicidio consumado: Comportamiento que da como resultado el quitarse la vida.

I.5. Factores psicosociales de las Conductas Suicidas

En el momento actual no existen dudas de que el suicidio es un comportamiento determinado por diferentes factores, entre los que se incluyen aspectos psicológicos y sociales..

Un punto importante es la salud, entendiéndola no sólo como una dimensión biológica, sino como un estado definido en la persona por su situación global. Para Clemente y González (1996), la salud implicada en el suicidio se refiere al conjunto de prácticas sociales y corporales, la higiene, la alimentación, la sexualidad, el ocio, el deporte, el hábitat, el trabajo, la educación, la salud y la enfermedad, las representaciones en torno al cuerpo, la vida y la muerte.

Partiendo de esto y tomando en cuenta que salud es el estado de completo bienestar, podemos decir que los factores mencionados se incluyen en la calidad de vida. Cuando estos aspectos fallan, favorecen una mala calidad de vida, lo que puede motivar a las personas a admitir e interiorizar una actitud favorable hacia el suicidio.

Además es común observar que los individuos con intentos suicidas tienen problemas en sus hábitos de salud, es decir no practican los hábitos de salud, tales como visitar al doctor, limpieza corporal, higiene bucal, etc. (Jiménez, García-Portilla, Sáiz y Bascarán, 2004).

Un factor importante, es la ambivalencia sociológica, que se refiere a los efectos de las definiciones sociales que conlleva el ocupar una identidad social, tanto en sus obligaciones, como en sus restricciones; es decir todo aquello que proporciona la sociedad en respecto al rol de la persona. El problema real en este caso se plantea cuando el sujeto no ha asumido libremente el estatus que socialmente se le atribuye (o no ha sido consciente de todas las responsabilidades que conllevan la asunción del rol), obligándosele a aceptar toda una serie de restricciones, obligaciones y roles no deseados, por lo que el sujeto puede tomar al suicidio como un escape de estas imposiciones.

Existen también los factores demográficos, los cuales muestran grandes diferencias entre las muestras de suicidios consumados y las de los intentos suicidas. Dentro de estos factores podemos mencionar:

- *Género:* En la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el fenómeno del suicidio, las mujeres presentan mayores tasas de ideación suicida y de intentos de suicidio, pero la mortalidad producida por el acto



suicida es más alta en los hombres, con una frecuencia de 2 a 4 a veces mayor que en ellas (Jiménez et. al., 2004).

- *Edad:* En los países industrializados las tasas de suicidio aumentan con la edad, y se observa una mayor incidencia en individuos mayores de 65 años (OMS, 2001). Sin embargo en este grupo el suicidio no es una de las principales causas de muerte. En cambio, en los jóvenes el suicidio es un hecho infrecuente, pero de gran importancia relativa dada la baja mortalidad en este grupo de edad. Así pues el suicidio se encuentra dentro de las principales causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes.

Según la OMS, la relación entre suicidio y edad está cambiando considerablemente, en el sentido de que ha aumentado la tasa de suicidio entre los jóvenes.

En cuanto a los intentos de suicidio, Jiménez et. al. (2004) señalan que son más frecuentes en adultos jóvenes. Según datos de la OMS, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres de 15 a 24 años de edad, seguidas por mujeres de entre 25 y 34 años y de 35 a 44 años. Mientras que para los hombres, las tasas más altas se dan en el grupo de 25 a 34 años seguidos por los 15 a 24 años.

- *Estado Civil:* Según los datos de la OMS, el suicidio es más frecuente en divorciados y viudos y menos entre los casados con hijos. Sin embargo, aunque los solteros o viudos tengan mayor riesgo de suicidio, las tasas varían de acuerdo a la zona. El estado civil es una variable sociológica estrechamente relacionada con otras variables como la edad y el sexo, de forma que la protección que se supone da el matrimonio descende con la edad, sobre todo en mujeres. Igual ocurre con el matrimonio a edades muy tempranas, factor de riesgo suicida debido al efecto suicidógeno de las rupturas matrimoniales. Por ello, la pérdida, por fallecimiento o abandono, de la pareja o de un familiar, junto con el aislamiento que conlleva, constituyen un acontecimiento que se encuentra entre los desencadenantes de la conducta suicida.

La mayoría de los estudios que se han realizado, tanto en México como en el mundo, señalan la existencia de cierta relación entre las conductas suicidas y algunos aspectos socioeconómicos, entre los que destacan el desempleo y/o la duración de este o la clase social a la que se pertenece.

Jiménez et. al. (2004) señalan que las cifras de desempleo son bastante más altas entre los que cometen actos autolesivos en edad de trabajar que entre la población general. Además de la asociación entre la duración del desempleo y el aumento de los comportamientos suicidas es constante, siendo particularmente intensa en los sujetos que llevan más de un año sin trabajo. Ya



que el trabajo provee al sujeto de una red de relaciones, al integrarlo en un grupo de pertenencia y en los grupos sociales en general, por lo que el desempleo reduce la autoestima, provocando una sensación de desesperanza, lo que puede llevar al sujeto a un acto suicida.

Otro factor, que aunque no ha sido considerado como determinante en la conducta suicida, es el nivel educativo. En la mayoría de estudios se encuentra un nivel educativo más bajo en las personas que intentan o consuman el suicidio.

Diferentes tipos de factores que son considerados en la aparición de la conducta suicida, son los sociales y familiares.

Medina y Hernández (2004) señalan que los jóvenes pertenecientes a familias que han sufrido separaciones matrimoniales o divorcios, tienen un incremento en el riesgo suicida o de intentos suicidas. Se ha constatado que la mayoría de las víctimas de suicidio tienen una alta probabilidad de pertenecer a familias con padres separados o divorciados. De la misma manera que los datos indican que las pérdidas parentales por separación o divorcio se asocian más a la patología (incluido el comportamiento suicida) en gente joven, también se ha observado que esto no ocurre con las pérdidas de un progenitor por fallecimiento.

Además hay datos consistentes que sugieren un incremento en el riesgo suicida, en individuos con una historia familiar de comportamientos suicidas. Medina y Hernández (2004) refieren que uno de los aspectos más controvertidos de este factor de riesgo es la cuestión del mecanismo de la <<imitación>> de la conducta suicida parental por parte de sus descendientes.

Otro factor familiar son las relaciones conflictivas entre padres e hijos (la deteriorada relación entre padres e hijos, la pobre comunicación familiar y las extremas expectativas parentales) que se asocian directamente con el incremento en el riesgo suicida y las tentativas de suicidio. Actualmente están apareciendo estudios que amplían el análisis de esta relación, en los que se establece la diferencia entre la madre y el padre. Medina y Hernández (2004) refieren que el comportamiento suicida de los adolescentes y adultos jóvenes se asociaba de manera independiente con la presencia de problemas familiares y sintomatología depresiva, y que las características de falta de calidez familiar, altercados en el hogar y problemas en la relación entre madre e hijo contribuyen de manera independiente al comportamiento suicida.

Un factor social importante es *el apoyo social* ya que este, es un factor muy importante de evitación y/o amortiguación de conflictos para el individuo. En estudios recientes, se ha demostrado la importancia que tiene el apoyo social en la autoestima del individuo. Además si el apoyo social es negativo o nulo para el sujeto, lo relega a un estatus desvalorizado, lo que lo conlleva a sentirse como una persona más vulnerable a las presiones del entorno. Por lo

que el apoyo que tiene los individuos del entorno social, puede actuar de manera positiva o negativa, por lo que constituye un elemento que incrementa el riesgo suicida (Villardón, 1993).

I.6. Epidemiología de las Conductas Suicidas

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes; al año mueren alrededor de un millón de personas lo que constituye el 1.8% del total de fallecimientos y lo sitúa como la undécima causa de muerte en 1998 (Jimenez y cols., 2004) por encima de otras causas de muerte como los homicidios (736,000) o las guerras (588,000). Estas cifras suponen que el suicidio es equiparable, en términos de mortalidad, a enfermedades consideradas tradicionalmente como prioridades en salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020, y basándose en las tendencias actuales, morirán aproximadamente un millón y medio de personas por suicidio, y cerca de 15 a 30 millones cometerán una tentativa de suicidio. Lo que supone una muerte por suicidio cada 20 segundos y un intento cada 2 segundos (Bertelote y Fleischmann, 2002).

1.6.1. Epidemiología Internacional

La OMS (2002) clasifica las tasas de suicidio de una comunidad en función del número de suicidios sobre cien mil habitantes. La verdad es que las tasas de suicidio varían de unos países a otros, de forma tal, que en todos los

continentes pueden encontrarse países con tasas menores de 30 habitantes por cada 100,000. encontrando tasas altas (de 30 ó más por cada 100,000 habitantes) en países de Asia o Europa. Los datos procedentes de la OMS, publicados en septiembre de 2002 en su página web oficial reflejan tasas superiores a los 30 por cada 100,000 habitantes en países como Finlandia (37.9), Estonia (56.0) o Sri Lanka (44.6).

A menudo no se tienen datos reales sobre las notificaciones de casos de suicidio o es incompleta a causa del estigma que lleva consigo, y muchas de las veces, incluyen sanciones penales y/o religiosas, por lo que se prefiere atribuir la muerte a una causa accidental mas que intencionada (González, 1998).

Sin embargo, las mayores tasas de suicidio, tanto en hombres como en mujeres, se dan en Europa, más concretamente en Europa del Este, constituida por países con características socioculturales parecidas, como son Letonia, Lituania, Estonia, Hungría y Rusia. Sin embargo existen algunos países como Sri Lanka o Cuba, que a pesar de no tener características similares, si mantienen un tasa alta de incidencia de suicidios e intentos suicidas (OMS, 2002).

En general, puede decirse que las tasas de América Latina son inferiores a las de Estados Unidos, y en el Sur de Europa son más bajas que en el resto del continente europeo. Por otro lado, una de las regiones con tasas más bajas de suicidio es el Este mediterráneo, donde se encuentran la mayoría de los países



islámicos, y lo mismo ocurre en algunos otros países islámicos de Asia Central (Jiménez, Sáiz, Paredes y Bobes, 2004).

A continuación se presentan las tasas mundiales de suicidio (por 100,000/habitantes/año) según el sexo publicadas por la OMS en septiembre de 2002.

Cuadro 1. Tasas de suicidio en América

País	Año	Hombres	Mujeres
Argentina	1996	9.9	3.0
Brasil	1995	6.6	1.8
Canadá	1997	19.6	5.1
Chile	1994	10.2	1.4
Colombia	1994	5.5	1.5
Costa Rica	1995	9.7	2.1
Cuba	1996	24.5	12.0
Ecuador	1995	6.4	3.2
El Salvador	1993	10.4	5.5
Estados Unidos	1998	18.6	4.4
Guatemala	1984	0.9	0.1
Honduras	1978	0.0	0.0
México	1995	5.4	1.0
Nicaragua	1994	4.7	2.2
Panamá	1987	5.6	1.9
Paraguay	1994	3.4	1.2
Perú	1989	0.6	0.4
Puerto Rico	1992	16.0	1.9
Republica Dominicana	1994	0.0	0.0
Uruguay	1990	16.6	4.2
Venezuela	1994	8.3	1.9

Datos obtenidos de OMS, 2002.



El suicidio constituye la decimoprimer causa de muerte en los Estados Unidos, produciéndose aproximadamente un suicidio cada 15 minutos y una tentativa cada minuto.

Cuadro 2. Tasas de suicidio en Europa

País	Año	Hombres	Mujeres
Albania	1998	6.3	3.6
Alemania	1999	20.2	7.3
Armenia	2000	2.5	0.7
Austria	2000	29.3	10.4
Bélgica	1995	31.3	11.7
Bielorrusia	1999	61.1	10.0
Bulgaria	1999	24.1	8.1
Croacia	2000	32.9	10.3
Dinamarca	1998	20.9	8.1
Eslovaquia	2000	22.6	4.9
Eslovenia	1999	47.3	13.4
España	1998	13.0	3.8
Estonia	1999	56.0	12.1
Finlandia	1999	37.9	9.6
Francia	1998	27.1	9.2
Georgia	2000	4.8	1.2
Grecia	1998	6.1	1.7
Holanda	1999	13.0	6.3
Hungría	2000	51.5	15.4
Irlanda	1998	23.1	3.9
Islandia	1997	19.1	5.2
Italia	1998	12.3	3.6
Letonia	2000	56.6	11.9
Lituania	2000	75.6	16.1
Luxemburgo	2000	22.2	6.7
Macedonia	2000	10.3	4.5
Malta	1999	11.7	2.6
Noruega	1998	18.2	6.7
Polonia	1999	26.1	4.5
Portugal	2000	8.5	2.0
Reino Unido	1999	11.8	3.3
Republica Checa	2000	26.0	6.7
Rumania	2000	21.2	4.5
Rusia	1998	62.6	11.6
Suecia	1998	20.1	7.8
Suiza	1996	29.2	11.6
Ucrania	2000	52.1	10.0
Uzbekistán	1998	10.5	3.1
Yugoslavia	1990	21.6	9.2

Datos obtenidos de OMS, 2002



Respecto a Europa, los países de la antigua Europa del Este han tenido un aumento considerable en el número de suicidios, ya que alcanzan tasas más elevadas a nivel mundial, con cifras superiores a 60 y 70/100000 habitantes en los varones de países como Rusia o Lituania.

Cuadro 3. Tasas de suicidio en Asia y Pacífico

País	Año	Hombres	Mujeres
Antigua y Barbuda	1995	0.0	0.0
Australia	1999	21.2	5.1
Bahamas	1995	2.2	0.0
Barbados	1995	9.6	3.7
China rural	1999	20.4	24.7
China urbana	1999	6.7	6.6
Corea	2000	18.8	8.3
Filipinas	1993	2.5	1.7
India	1998	12.2	9.1
Japón	1999	36.5	14.1
Nueva Zelanda	1998	23.7	6.9
Seychelles	1987	9.1	0.0
Singapur	2000	12.5	6.4
Sri Lanka	1991	44.6	16.8
Tailandia	1994	5.6	2.4

Datos obtenidos de OMS, 2002

Como observamos en la tabla anterior, el porcentaje de suicidios consumados en Asia es muy alto en comparación con los demás continentes, y a diferencia de la epidemiología del suicidio en China rural el porcentaje de mujeres suicidas es mayor que en hombres; mientras que en la China urbana el puntaje es similar. En este continente, encontramos que se encuentran países como Sri Lanka donde el suicidio es una de las principales causas de muerte (Jiménez, Sáiz, Paredes y Bobes, 2004).



Cuadro 4. Tasas de suicidio en África y Oriente

País	Año	Hombres	Mujeres
Bahrein	1988	4.9	0.5
Belice	1995	12.1	0.9
Egipto	1987	0.1	0.0
Guyana	1994	14.6	6.5
Irán	1991	0.3	0.1
Israel	1997	10.5	2.6
Jordania	1979	0.0	0.0
Kazakhstán	1999	46.4	8.6
Kuwait	2000	1.6	1.6
Maurice	1999	21.1	9.5
Siria	1985	0.2	0.0
Surinam	1992	16.6	7.2
Trinidad y Tobago	1994	17.4	5.0
Zimbabwe	1990	10.6	5.2

Datos obtenidos de OMS, 2002

Mientras tanto, en países de África y Oriente encontramos que los datos obtenidos son de hace más de una década, dado que las investigaciones sobre suicidio no se llevan a cabo con regularidad. Sin embargo, en países como Kazakhstan, el porcentaje de hombres suicidas es considerablemente alto.

El Suicidio en jóvenes

El suicidio en jóvenes constituye un verdadero problema de salud pública, ya que se encuentra dentro de una de las causas más frecuentes de muerte. El suicidio en los grupos de edades más jóvenes (15-24 años) figura entre las cinco primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes en numerosos países.

Según datos de la OMS (2002), los países con tasas de mortalidad por suicidio más elevadas son Rusia (33.7), Lituania (29.5), Nueva Zelanda (25.9), Bielorrusia (22.2), Finlandia (19.9) y Noruega (18.8).

Como se mencionó anteriormente, la conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. En la mayoría de los países, el suicidio se encuentra dentro de las diez primeras causas de mortalidad general y en una elevada proporción, se ubica entre las primeras tres causas de muerte entre los 15 y 34 años de edad, principalmente en varones. Sin embargo, los datos sólo representan una aproximación a la realidad, ya que apenas uno de cada cuatro intentos se reporta y recibe atención. Además, debe tenerse en cuenta que por cada suicidio existen diez tentativas fallidas (González, 1998).

1.6.2 Epidemiología Nacional

La distribución y magnitud del suicidio ha cambiado en los últimos años, de acuerdo a los estudios sobre la evolución del suicidio en México de 1970 a 1994, proporcionado por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) y por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), en 1970 hubo 554 defunciones por suicidio registradas en la República Mexicana en ambos sexos. Cifra que ascendió en 1991 a 2120, lo que representa un aumento de 282% (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996). Siguiendo este incremento, se puede decir que en México, las muertes por suicidio en

adolescentes y jóvenes por lo menos se han duplicado en los últimos 30 años (Fonseca, 2004).

El número de suicidios en México, para el año 2000, fue de 2736 casos registrados, de los cuales la mitad lo cometieron personas menores de 30 años, 39.3% varones y 8.7% mujeres. Para el caso de intentos de suicidio reportados, considerando que existe un notable subregistro de ellos, como ocurre en la mayoría de países y sistemas de salud, la proporción fue de 56.2% para las mujeres y un 43.8% para los hombres, por lo que se invierte con relación a los suicidios consumados.

De acuerdo a Rivera y Herrera (2002), los grupos más afectados son los que se encuentran entre 20 y 40 años, lo que nos indica que el suicidio afecta principalmente a personas que se encuentran en edad reproductiva. A pesar, de que existen varios estudios que arrojan diversas cifras acerca del suicidio (Saltijeral y Terroba, 1987; García y Tapia, 1990; Borges, 1994; 1996) a existen datos constantes como el sexo (el suicidio es más común en los hombres, mientras que la ideación y el intento suicida son más frecuentes en mujeres).

En cuanto al método empleado en el suicidio y el intento suicida, la mayoría de los sujetos utilizan, en primer lugar, el arma de fuego; seguido por el ahorcamiento

(sobre todo en caso de los hombres); entre tanto los venenos y pastillas son más empleados por las mujeres.

Cuadro 5. Suicidios registrados según causa, 1990-2004

Año	Total	Amorosa	Dificultad económica	Disgusto familiar	Enfermedad grave e incurable	Enfermedad mental	Remordimiento	Se ignora	Otras causas
1990	1405	87	31	128	100	60	20	63	916
1991	1826	148	69	122	126	218	18	972	153
1992	1955	106	55	133	109	359	27	1003	163
1993	2022	110	77	198	95	306	17	1035	184
1994	2215	132	86	183	137	78	28	1227	344
1995	2428	156	126	238	171	122	40	1407	168
1996	2233	170	89	239	144	103	31	1288	169
1997	2459	165	100	247	155	119	31	1466	176
1998	2414	181	94	258	131	94	39	1428	189
1999	2531	195	67	281	143	134	48	1472	191
2000	2736	221	90	291	187	110	49	1569	219
2001	3089	237	87	275	197	142	32	1771	348
2002	3160	239	112	331	158	119	31	1831	339
2003	3327	246	110	301	170	140	42	2037	281
2004	3324	230	94	280	172	141	33	2087	287

INEGI, 2005

Sobre las causas aparentes del suicidio (INEGI, 2005) las más frecuentes fueron en el 2004, las relacionadas con problemas o disgustos familiares, seguidos por conflictos amorosos, enfermedades graves y/o incurables, enfermedades mentales, problemas económicos y en último lugar, el remordimiento.

Aunque tradicionalmente se le ha considerado como una expresión de conflictos mentales subyacentes y de larga duración como la depresión, muchas veces el suicidio no está relacionado con patologías mentales declaradas (Gómez, 1996).

Cabe destacar, que al hablar de la epidemiología del suicidio, la población adolescente y adulta joven es la que presenta las tasas más altas, en 1970 el



0.8% se trataba de adolescentes entre 15 y 19 años de edad, para 1990 la tasa incremento al 1.42% (INEGI, 1990) y finalmente para 2004 aumentó al 12.6%. Por otro lado, la edad comprendida entre 20 y 24 años, pasó de una tasa de 5.0% en 1990 al 12.2% para el 2004 (INEGI, 2005)

De acuerdo a González (1998), la tasa de intentos de suicidio en la población masculina en este grupo de edad fue menor a la tasa de suicidios consumados. En las mujeres, la tasa de intentos es igualmente más baja que la de suicidios consumados, pero mayor con relación a la tasa de intento de suicidio en hombres (Borges, 1996).

Capítulo II.

Estrés Psicosocial

2.1 Definición

Las definiciones sobre estrés posibles son variadas. Algunos autores proponen delimitarlo más nítidamente, como causa de tensión o exigencia de adaptación, ven al estrés como un proceso, que incluye múltiples componentes y circuitos de retroalimentación (Lazarus, 1991; Warr, 1994).

En el caso de estrés psicosocial lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Se produce estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente. Del mismo modo, puede producirse estrés cuando la discrepancia que existe entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa (Trucco, 1998). Desde el punto de vista biológico, el concepto de estrés ha evolucionado desde "un sistema de respuestas inespecíficas" a uno de "monitoreo de claves internas y externas", que resulta crítico para la adaptación del organismo a su ambiente (Pani y cols. 2000).

En términos más completos Lazarus y Folkman (1986) lo explican así; Estrés psicosocial es la condición que resulta cuando las transacciones entre una

persona y su medio ambiente la conducen a percibir una discrepancia entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos y sociales.

2.2 Historia

El concepto de estrés fue tomado de las ciencias físicas. En las investigaciones sobre las propiedades elásticas de los materiales sólidos, “estrés” significaba la presión externa o fuerza aplicada a un objeto, mientras que “tensión” significaba la distorsión interna o cambio en el tamaño o forma del objeto. Esta relación entre “estrés” y “tensión” pueda expresarse cuantitativamente (por ejemplo, en Kg por Cm^2) midiendo la fuerza que actúa sobre un área unida del material. Esta relación, que depende de la estructura molecular del material, define la elasticidad y resistencia del mismo ante las fuerzas que actúan sobre él.

A comienzos del siglo XX, el médico británico William Osler (1908) equiparó “estrés” y “tensión” con “trabajo duro y preocupación”, y apuntó que podía existir una relación entre esas condiciones somato psicológicas y el desarrollo de las enfermedades coronarias. Al considerar equivalente el estrés con el trabajo duro y la tensión con la preocupación, Osler aplicaba las definiciones usadas en la física a los problemas del comportamiento humano. Esta preocupación inicial por el estrés se centró fundamentalmente en la respuesta biológica del organismo humano frente a los acontecimientos vitales que le plantean demandas excesivas.

En el primer tercio de nuestro siglo, Cannon (1929; 1932) proporcionó una descripción básica de cómo el cuerpo reacciona ante las emergencias, ante un peligro. El organismo responde preparándose para atacar a la amenaza o para huir de ella, por eso se ha denominado a esa reacción “respuesta de lucha o huida”. Cuando esta respuesta se da, el sistema nervioso simpático estimula las glándulas adrenales del sistema endocrino para que excreten epinefrina, que activa el organismo. Según Cannon esta activación podría tener consecuencias positivas y negativas: ya que se trata de una respuesta adaptativa porque prepara al organismo para que responda rápidamente al peligro, pero el estado de alta activación puede ser perjudicial si se prolonga. Se entendía, pues, el estrés como una reacción de alarma que perturbaba el equilibrio interno del organismo, conceptualizado como “sobrecarga”. Esa ruptura del equilibrio interno (homeostasis) se suponía causalmente relacionada con la enfermedad. Ese concepto de estrés fue recogido y desarrollado por Hans Selye. Para Selye (1956; 1976; 1985), el estrés es una “respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante”. Lo entiende como una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su causa, puesto que cualquier estímulo podía provocarla. Al investigar qué ocurre cuando la situación de estrés se prolonga, Selye descubrió que la respuesta de “lucha o huida” es sólo la primera de una secuencia de reacciones fisiológicas (alarma, resistencia y claudicación), que denominó Síndrome General de Adaptación (SGA).



El primer estadio en el SGA es la reacción de alarma, que corresponde a la respuesta de “lucha o huida”. Su función es movilizar los recursos del organismo activándolo a través del sistema simpático-adrenal concretándose en “aumento de la TA, la frecuencia cardíaca, la glucógenolisis y la lipólisis, la disminución en la secreción de insulina y el aumento en la secreción de hormona adrenocorticotropica (ACTH), de hormona de crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales” (Valdés y Flores, 1985). Pero el organismo no puede mantener esta activación intensa durante mucho tiempo. Si el estrés sigue siendo intenso o inevitable y ese nivel inicial de activación se mantiene, el organismo puede morir. Si la situación estresante se mantiene, pero no es tan grave como para causar la muerte, entonces la reacción fisiológica entra en una fase de resistencia (segundo estadio). Durante esta fase el organismo intenta adaptarse al estresor. La activación fisiológica disminuye algo, manteniéndose por encima de lo normal. Podemos mostrar pocos signos externos de estrés, pero nuestra capacidad para resistir a nuevos estresores está debilitada. De acuerdo con Selye (1985), una consecuencia de ello es que el organismo se torna crecientemente vulnerable a problemas de salud (úlceras, hipertensión arterial, asma, y enfermedades que siguen al daño del sistema inmune). Si la activación fisiológica se prolonga debido a la presencia prolongada o repetida del agente estresor, entonces las reservas de energía del organismo para resistir se van reduciendo hasta llegar a un punto en el que comienza el tercer estadio, la fase de agotamiento o claudicación. En esta fase, la enfermedad se torna muy

probable, y puede ocurrir la muerte. El modelo de Selye proporciona una teoría general de las reacciones del organismo ante una gran variedad de estresores, una forma de pensar sobre la interacción entre los factores ambientales y fisiológicos; y nos proporciona también un mecanismo fisiológico que explica la relación entre el estrés y la enfermedad. Sin embargo, las investigaciones posteriores han demostrado que su teoría presentaba limitaciones importantes.

En las décadas transcurridas desde 1936, cuando Selye introdujo el concepto de estrés, éste se ha extendido mucho más allá de las fronteras de la fisiología, convirtiéndose en tópico y, paradójicamente, ha continuado generando un enorme volumen de investigación biológica, psicológica y sociológica, así como una producción permanente de literatura popular y de autoayuda.

Por años la idea del estrés fue mirada con escepticismo: atractivo, pero sin mucha sustancia. ¿Cómo podía el estrés, esa respuesta inespecífica, generalizada y estereotipada ante cualquier demanda, según lo postulaba Selye, causar enfermedades específicas?

La observación clínica, desde el siglo XVIII, con Tomás Sydenham (1624-1689), ha mostrado que "la pérdida de la armonía del organismo debido a fuerzas ambientales perturbadoras, así como la respuesta adaptativa del individuo a tales fuerzas, son capaces de producir cambios patológicos" (Herbert, 1997).

Sin embargo hay autores que van mucho más allá de lo estrictamente fisiológico; por ejemplo En palabras de Lazarus y Folkman (1986, 43), el estrés psicológico es “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.” Nos encontramos, pues, con un proceso psicológico complejo con tres componentes principales: una situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligrosa (“acontecimiento estresante” o “estresor”); un momento siguiente en el que el acontecimiento es “interpretado” como peligroso, perjudicial o amenazante; y finalmente, una activación del organismo, como respuesta ante la amenaza, que se caracteriza como una “respuesta de ansiedad”. Cuando se produce un acontecimiento estresante, se altera el equilibrio del organismo (la homeostasis). Esta alteración comienza con la percepción del estresor, que puede ser *interno* o *externo*.

2.3 Evaluación del estrés

Los estudios psicológicos del estrés han llamado la atención sobre la importancia de los actos de evaluación cognitiva que determina un valor de la amenaza (Folkman y Lazarus, 1984). Estos mismos autores distinguen entre:

- Evaluación primaria (se centra en la situación)
- Evaluación secundaria (se centra en la eficacia o resultados que tendrán las medidas que se adopten para hacer frente a la situación o acontecimiento).

Los factores de personalidad determinan la importancia del estresor y la vulnerabilidad o tolerancia de la persona al estrés en general.

2.4 Fuentes de estrés

Hay una variedad de fuentes de las que puede provenir el estrés que pueden ser clasificadas según el sistema al que pertenezcan (Sarafino, 1990): la persona, la familia, la comunidad y/o la sociedad.

Fuentes personales del estrés

Una de las fuentes personales de estrés más frecuente son las situaciones de conflicto. El conflicto surge cuando se dan simultáneamente una o más respuestas que son incompatibles entre sí. Las situaciones de conflicto pueden ser de cuatro tipos (Lewin, 1935): “acercamiento-acercamiento” (caso en el que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas y deseables); “evitación-evitación” (caso en el que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente indeseables); “acercamiento-evitación” (caso en el que la persona desea alcanzar un objetivo al mismo tiempo que le da miedo obrar de esa manera); y “doble acercamiento-evitación” (cuando el acercamiento a un objeto concreto implica la pérdida de otro, de forma que el acercamiento a cualquiera de los dos objetivos lleva consigo una tendencia a evitarlo, puesto que supone la pérdida de otro).

Fuentes familiares de estrés

La interacción entre los diferentes miembros de una familia, cada uno de ellos con sus particulares características y necesidades, produce frecuentemente estrés. Naturalmente, el papel de la familia es ambivalente, ya que si crea estrés, también lo previene y, en su caso, lo reduce. Existen varias maneras de considerar el posible impacto de la familia sobre sus miembros. Cabe examinar los “acontecimientos críticos” relacionados con la vida de la familia que tienden a producir estrés, tales como la muerte del cónyuge, el nacimiento de un hijo discapacitado, etc. También podemos tomar en consideración “estados de tensión excesiva”, tal como la presencia de un miembro de la familia con una enfermedad crónica o con una grave incapacidad. Podemos examinar los patrones de interacción familiar, o, finalmente podemos evaluar la “atmósfera emocional” en la familia. Finalmente, hay una serie de estudios que indican una relación estrecha entre los aspectos de la “atmósfera” o “clima” familiar y la probabilidad de problemas en la conducta de los hijos pequeños, tales como negarse a comer, agresividad o retraimiento, que pueden considerarse como respuestas comportamentales a una situación de estrés (Frude, 1982).

Fuentes sociales de estrés

La diversidad de contextos sociales a los que pertenecemos son así mismo productores de estrés en muchas ocasiones. El contexto laboral es, probablemente, el de mayor relevancia entre los adultos, mientras que el escolar lo suele ser para los niños y jóvenes.

2.5 Las respuestas al estrés

El estrés produce cambios fisiológicos, pero también tiene afectos cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales. Algunas de estas repuestas pueden ser consideradas como reacciones involuntarias del estrés, otras son respuestas voluntarias y concientes ejecutadas para afrontar el estrés.

La respuesta inicial a una situación de estrés es la activación fisiológica. Esta reacción fisiológica puede considerarse bien descrita por el modelo de Selye, al que ya nos hemos referido. El estrés implica una sobreactivación biológica promovida por la acción funcional del sistema reticular (Valdés y Flores, 1985). La actividad del sistema simpático incrementa la presión sanguínea, la tasa cardíaca, el pulso, la conductividad de la piel, y la respiración. Además las respuestas endocrinas de las glándulas adrenales colaboran en el aumento de esa actividad, al excretar altos niveles de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) de corticosteroides (sobre todo cortisol). Se produce además una disminución de la actividad intestinal, una mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vaso dilatación muscular. En suma, el organismo se prepara para consumir la energía necesaria para la confrontación con el estímulo amenazante, para la “lucha o huida” (Valdés y Flores, 1985).

En segundo lugar, se producen respuestas cognitivas. Entre ellas hay que considerar no solo los resultados de la evaluación cognitiva de la que hemos hablado, es decir la percepción de características perjudiciales o amenazantes

en el conocimiento de que se trate, sino también respuestas involuntarias como la incapacidad para concentrarse, trastornos en la ejecución de tareas cognitivas (Cohen, 1980), o la aparición de pensamientos intrusivos y/o repetitivos (Horowitz, 1976). Efectivamente, un nivel alto de estrés trastorna la memoria y atención en el curso de una tarea competitiva. Estresores como el ruido crónico pueden, no solo perturbar la atención, sino que lleva a déficit cognitivos generalizados en cuanto tienen dificultades para saber que sonidos deben atender y cuales no. En estas situaciones las personas se adaptan siendo cada vez menos atentos a los sonidos, pero esta estrategia de adaptación al estrés trastorna el desarrollo de algunas habilidades académicas (Cohen, 1980).

En tercer lugar encontramos una amplia gama de reacciones emocionales ante el estrés. Usamos, de hecho nuestro estado emocional para evaluar el nivel de estrés que experimentamos. Como se menciono anteriormente, el proceso de evaluación cognitiva esta muy ligado al tipo de emoción que se produce, porque implica una “rotulación” u otra de activación fisiológica experimentada. La emoción no solo refleja la activación fisiológica, sino otros contenidos de naturaleza cognitiva y evaluativa, que se vinculan, a su vez, al contexto social y cultura de la persona (Torregrosa, 1982). Las reacciones emocionales ante el estrés incluyen el medio, la ansiedad (angustia), la excitación, la ira, la depresión y la resignación.

En cuarto lugar, el estrés provoca un amplísimo número de respuestas comportamentales, que dependen naturalmente del acontecimiento estresor y de su percepción por parte del sujeto. Todas ellas pueden organizarse en torno a tres que son básicas en cualquier organismo animal que se enfrenta con una amenaza; aproximación (lucha), evitación (huida) e inmovilización. El estrés produce, además, cambios en la conducta social de la persona.

2.6 El afrontamiento al estrés.

El término afrontamiento es la traducción al castellano del término inglés “coping”, y corresponde a la acción de afrontar, es decir, de arrastrar, hacer frente a un enemigo, un peligro, responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante; en suma (Moliner, 1988) podemos decir que el “Afrontamiento” se utiliza de forma muy amplia en un conjunto de trabajos que se refieren al estrés y a la adaptación en situaciones estresantes.

La mayoría de los investigadores definen el afrontamiento como un conjunto de respuestas ante la situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las calidades aversivas de tal situación. Es decir, se habla de afrontamiento refiriéndose al aspecto del proceso de estrés que incluye los intentos de individuo para manejar a los estresores. Se trata, pues, de respuestas provocadas por la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla. Es decir, se habla de afrontamiento en la relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas

excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, para así, adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín, López- Roig y Pastor, 1900).

2.7 Estrés y Enfermedades somáticas

La práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés, los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva al hombre moderno a incrementar notablemente, en mucho sus cargas tensionales lo que produce la aparición de diversas patologías.

Las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos:

1) Enfermedades por Estrés Agudo.

Aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible. Las enfermedades que habitualmente se observan son:

- Ulcera por Estrés
- Estados de Shock
- Neurosis Post-Traumática

- Neurosis Obstétrica
- Estado Postquirúrgico

2) *Patologías por Estrés Crónico.*

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aun años, produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blanco vitales. A continuación se mencionan algunas de las alteraciones más frecuentes (Carlson, 2000):

:

- Dispepsia
- Gastritis
- Ansiedad
- Accidentes
- Frustración
- Insomnio
- Colitis Nerviosa
- Migraña
- Depresión
- Agresividad
- Disfunción Familiar

- Neurosis de Angustia
- Trastornos Sexuales
- Disfunción Laboral
- Hipertensión Arterial
- Infarto al Miocardio
- Adicciones
- Trombosis Cerebral
- Conductas antisociales
- Psicosis Severas

2.8 Estrés, depresión y otros trastornos mentales

Sabemos que el estrés psicológico tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos mentales (Paykel,2001; Agid,2000), particularmente los trastornos por estrés postraumático, trastornos por ansiedad y depresión (Mumford, Mihas, Katar y Mubbashar, 2000; Hodel, Brenner, Merlo y Teuber, 1998), psicosis esquizofrénicas y otras (Jansen, 2000; Yui, Goto, Ikemoto e Ishiguro, 2000); constituye, asimismo, un factor de riesgo y componente significativo en los trastornos por abuso y dependencia de sustancias (Chilcoat 1998; Gómez, Primm, Tzolova-Iontchev, et.al., 2000). Los cuadros psiquiátricos más estudiados y mejor conocidos en términos de la relación entre neurobiología, fuentes de estrés ambiental, particularmente eventos vitales significativos y experiencias tempranas, son los trastornos depresivos (Lechin 1996).

Numerosos estudios epidemiológicos han confirmado la observación de Kraepelin, de que los eventos estresantes son más frecuentes antes del primer episodio depresivo y que, a medida que la enfermedad depresiva se hace recurrente, el antecedente de estrés significativo aparece cada vez con menor frecuencia. Esta observación ha dado lugar a un modelo de "*kindling*" para explicar la progresiva autonomía de nuevos episodios depresivos y, por tanto, la contribución relativamente menor de las situaciones estresantes en su desencadenamiento (Sadek, 2000). Post (1992) propuso una hipótesis que relacionaba la sensibilización a sucesivos episodios con la expresión génica, sugiriendo que los sustratos bioquímicos y anatómicos subyacentes a los trastornos afectivos evolucionan con el tiempo, en función de las recurrencias, tal como lo hace la respuesta a los fármacos

Diversos estresores pueden resultar en trastornos mentales identificables, por ejemplo, ciertas situaciones de peligro o amenaza que anteceden a trastornos por ansiedad o trastornos por estrés postraumático (Mathew y cols, 2001-Messenger, 1998). En ambos tipos de cuadros ansiosos, la existencia de apoyo emocional de alguien cercano u otras situaciones positivas pueden ayudar a prevenir el inicio del trastorno o a su más pronta recuperación (Williams, house, 1991- Paykel 2001).

Paralelamente a la clínica, que ha vinculado el estrés ambiental al desencadenamiento y evolución de trastornos emocionales, los estudios

epidemiológicos y sociales han demostrado reiteradamente que el estrés psicosocial asociado a condiciones adversas de vida guarda relación con mayor morbilidad y mortalidad debidas tanto a trastornos mentales como a otras causas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, accidentes y violencia, cáncer, infecciosas y otras (McFarlane, 2000).

Por largo tiempo, se ha acumulado la evidencia que el estrés psicosocial y las adversidades de la vida se asocian a un mayor riesgo de morbilidad mental. Las catástrofes naturales y situaciones extremas, particularmente aquellas fabricadas por el hombre, como la Gran Depresión de 1929 y la Segunda Guerra Mundial, promovieron la investigación de cómo individuos previamente sanos podían enfermar gravemente de la mente (Dohrenwend, 2001). Así, durante buena parte del siglo XX, especialmente en Estados Unidos, no se dudó de la preeminencia del ambiente en la etiología de las enfermedades mentales. En las últimas tres décadas; sin embargo, con los avances logrados en los estudios genéticos mediante diseños basados en el estudio de gemelos, por ejemplo, así como en la psicofarmacología y neurobiología, esa confianza en la importancia de los factores ambientales se ha visto debilitada.

Una de las causas principales del escepticismo ha sido la dificultad para definir y medir adecuadamente el estrés de tipo psicosocial. Se ha cuestionado la validez de la investigación basada exclusivamente en cuestionarios o listados.

Con todo, los estudios genéticos tampoco son capaces de explicar completamente la etiología de los trastornos mentales.

Dohrenwend (2001) ha revisado recientemente las principales líneas de evidencia acerca del papel que juega la adversidad en la generación de morbilidad psiquiátrica. La primera abarca las investigaciones epidemiológicas que demuestran consistentemente una relación inversa entre nivel socioeconómico y prevalencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo esquizofrenia, depresión mayor, personalidad antisocial, alcoholismo, dependencia de drogas, trastorno por estrés postraumático y síntomas inespecíficos de estrés.

La pregunta que plantean tales hallazgos es si la mayor frecuencia de trastornos en la población de menor nivel socioeconómico obedece a una mayor exposición a estrés y adversidad, o bien si se debe a una selección negativa de personas genéticamente vulnerables y que tienden, por lo tanto, a descender en la escala social. Algunos estudios que indagan acerca de la historia familiar de casos índices, sugieren que el grado de educación de los padres contribuiría a la morbilidad psiquiátrica de los hijos, especialmente en el caso de trastornos depresivos. Un papel similar podría cumplir la ocupación del propio sujeto (Jonson, Cohen, Dohrenwend y Link, 1999).

Finalmente, se continúa esclareciendo las relaciones entre estrés, depresión y sistema inmunológico, comprobándose que este último tiene una relación recíproca con la enfermedad mental. Así como el estrés y la depresión afectan al sistema inmune, existe evidencia que mediadores de éste podrían contribuir a la fisiopatología de la depresión, delirium, demencia y esquizofrenias (Connor, 1998; Kronfol y Remick, 2000).

2.9 Estrés y conducta suicida.

Existen numerosos estudios que explican la predisposición al suicidio relacionando el estrés con variables cognitivas o estrategias cognitivas usadas por el sujeto para resolver una situación y que incluyen el modo de solucionar problemas, la rigidez cognitiva, las distorsiones cognitivas, el locus de control. Los resultados obtenidos en estos estudios prueban, en su mayoría, que la existencia de altos niveles de estrés unida a una menor eficacia en la resolución de problemas y/o una visión distorsionada y negativa de la realidad y del futuro aumenta la vulnerabilidad al suicidio.(Villardón,1993)

Por otro lado autores como Rudd (1990) postulan que hay una relación positiva entre estrés y desesperanza y entre ambos y la conducta suicida, esto se explicaría del siguiente modo: si el sujeto vivencia una situación como muy estresante y tiene pocos recursos para resolverla, puede desarrollar un sentimiento de desesperanza que sitúe al sujeto en un estado de vulnerabilidad al suicidio.



Rudd (1990) también postula que existen factores sociales que se relacionan con el estrés y la conducta suicida, estos son; el apoyo social real y el percibido. El apoyo social real se refiere a las interacciones que mantiene el individuo con las personas de su ambiente y ala cantidad de éstas. El apoyo social percibido hace referencia a como siente el individuo sus relaciones con el entorno; esto es, si se siente ayudado, comprendido por los demás o, si, por el contrario, se siente solo.

Este autor ha concluido que la coexistencia de estrés y la falta de apoyo social real y percibido aumentan el riesgo de suicidio. Desde una perspectiva macrosocial se propone y se prueba en sus aspectos centrales loa hipótesis de que la tasa de suicidios está positivamente relacionada con el estrés social percibido y negativamente relacionada con la solidaridad social percibida.

Capítulo III.

Estudios sobre Ideación Suicida y Estrés Psicosocial

Dentro del cuerpo de la literatura suicidológica, existe cierta controversia acerca de la aceptación de que el comportamiento suicida sea como el estar en un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado; sin embargo y a pesar de que muchos investigadores no creen en este continuo, los principales suicidólogos están cada día más de acuerdo en que la búsqueda de explicaciones, no sólo en términos de factores externos sino en términos de factores internos, como los procesos cognoscitivos, entendidos como mecanismos por medio de los cuales la gente percibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente.

Actualmente, conocemos que la percepción y evaluación que el hombre hace del mundo exterior, son de índole cognoscitiva y por lo tanto puede alterar significativamente el funcionamiento de aspectos externos y motivacionales respecto a lo que se realiza y de tal manera es donde se gesta, en este caso, el comportamiento violento (Heman, 1989)

En el caso de la **ideación suicida**, la definición es simple y sencilla, ya que poco se ha estudiado y los autores no difieren en el concepto, además de su

significado está explícito en el nombre. La definición principal es la dada por Aarón Beck, (1983) quien es la persona que más ha abordado el tema: “Son los deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto a cerca del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de cómo llevarlo a cabo”. Para este autor el suicidio es un proceso que inicia con la ideación suicida, seguida de los intentos suicidas para finalmente concluir en el suicidio consumado.

La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno; se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima, con el intento de suicidio, depresión y abuso de sustancias.

Para Medina-Mora, López, Villatorio, et al., (1994), la ideación suicida es un problema muy común en jóvenes, ya que encontraron este síntoma presente en más de una cuarta parte de los estudiantes de 16 a 19 años.

Puede considerarse la ideación suicida como precursora del acto suicida, puede ser muy útil determinar que patrones de ideas suicidas recurrentes puede aislarse y cuales de ellas tienen un valor predictivo en relación con las variables importantes, tales como el intento de suicidio o la letalidad médica del acto. (Gómez, 1996).

3.1 Estudios psicosociales de ideación suicida

Hemos observado, que la ideación suicida es de vital importancia en la Prevención del Suicidio, ya que esta refleja el nivel más temprano del comportamiento suicida. Hawley, James, Bukett, Baldwin, De Ruiter y Priest (1991), sugieren que tanto las personas con intentos suicidas como los que han logrado suicidarse, han sido extensamente estudiados; sin embargo, los que presentan ideación suicida han sido ampliamente ignorados. Estos autores estudiaron a 53 personas que se presentaron en una sala de urgencias por su ideación suicida, pero que no se habían autoinfligido ningún daño. Encontraron una elevada tasa de trastornos de personalidad y abuso de alcohol y solamente 13% con depresión, por lo que concluyeron que la ideación suicida se asociaba más con la desadaptación crónica que con la depresión.

En 1993, Rotheram-Borus encontró que el 16% de los 214 adolescentes estudiados presentaban ideación suicida y el 37% habían intentado quitarse la vida en alguna ocasión. El 94% de los que atravesaron por tres o más períodos de ideación suicida, habían intentado suicidarse.

En un estudio de la relación del uso de drogas, ideación suicida e intento en una muestra multiétnica de adolescentes de séptimo y octavo grado de una escuela en Miami, Florida; los resultados mostraron que en total la prevalencia de 6 meses de ideación suicida fue de 18.2% y las más altas se encontraron

los afroamericanos (20.5%), los haitianos y los blancos no hispanos, quienes a pesar de haber tenido altos puntajes en ideación presentaron baja frecuencia de intento. La más alta prevalencia de intentos se observó en los haitianos (11.4%) (Vega, 1993).

En 1997, Roberts y Chen realizaron un estudio con anglo-adolescentes (924) y adolescentes mexicanos (1354) de Nuevo México, en el cual investigaban la prevalencia, la comorbilidad y los factores de riesgo de los síntomas depresivos y la ideación suicida. Los resultados muestran que aquellos que marcaron en la escala CES-D puntajes de 24 ó más (37% anglo y 36% mexicanos) puntuaron alto en ideación suicida; de éstos, 81% de los mexicanos y el 84% de los anglo presentaron altos puntajes de depresión; lo que refleja para ambos grupos, ésta fue el factor de riesgo correlacionado con la ideación suicida.

En un estudio sobre la relación del estrés por aculturación con depresión e ideación suicida en una muestra de inmigrantes y segunda generación de adolescentes latinoamericanos participaron 40 mujeres y 30 hombres de un programa bilingüe de una escuela de educación media del sur de California. Se encontró que un cuarto de los adolescentes latinoamericanos experimentaban niveles críticos de ideación suicida, lo que refleja un potencial significativo de psicopatología y de riesgo suicida: 22.5% mujeres y 26.7% hombres (Hovey y King, 1996).

Amador, (2003) realizó un estudio sobre los pensamientos y planes suicidas en la población adulta de Monteria, Colombia. Encontró que de 900 personas adultas encuestadas, socialmente funcionales y sin antecedentes clínicos de depresión, el 16% manifestaba ideación suicida, un 7% de elaboración suicida y un 4.4% de intento suicida y 0.20% con suicidio consumado. La prevalencia general de elaboración suicida fue de 29 casos de individuos con planes suicidas por cada 100000 habitantes.

3.2 Estudios psicosociales de ideación suicida en México

En su estudio sobre la evolución de suicidio en México de 1970 a 1991, Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez (1994) presentan un panorama general de los estudios epidemiológicos realizados hasta entonces; de igual forma, Gómez y Borges (1996) analizaron las investigaciones y artículos publicados en México de 1966 a 1994, encontrando que la mayoría de los estudios abordan la problemática de los suicidios consumados a partir de la información de las estadísticas vitales; asimismo, señalan que son pocos los estudios realizados en los estados de la República Mexicana y que la mayoría se han hecho en el Distrito Federal y Guadalajara.

En 1996, Gómez realizó en su tesis de licenciatura la relación entre la ideación suicida y el estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior, encontró que los adolescentes son un grupo vulnerable para el riesgo suicida y, que actualmente se encuentran más estresados por problemas familiares,

escolares y/o sociales. Observo que el 2.6% de las estudiantes del sexo femenino presentaban ideación suicida, mientras que en los varones, el 1.4% la presentaban. Para el estrés, el 21.7% de las estudiantes lo reportaban y 13% de los varones lo manifestaban. Concluyó que el estrés psicosocial y la ideación suicida están más presentes en estudiantes de menor edad (13 a 15 años) que en los de mayor edad (16 a 19 años).

Al respecto del suicidio consumado, Mondragón et al (1998) analizaron la relación entre la ideación suicida, variables sociodemográficas, desesperanza, y abuso de drogas y alcohol entre pacientes adultos hospitalizados (n=1,094) de 18 a 65 años. Los datos sociodemográficos, ideación suicida, abuso de sustancias, así como los síntomas psicológicos se obtuvieron mediante una entrevista semi-estructurada; además, emplearon las Escalas de Desesperanza y de Ideación Suicida de Beck.

Compararon los casos de ideación suicida con los casos controles encontrando que quienes tienen mayor riesgo para presentar ideación suicida fueron los pacientes entre 30 y 45 años; los pacientes divorciados o separados tienen un riesgo tres veces mayor mientras que el riesgo de los pacientes desempleados o jubilados es casi dos veces mayor. Respecto al uso de drogas y alcohol, encontraron riesgos incrementados y estadísticamente significativos en el diagnóstico de alcohol de por vida así como en problemas sociales de por vida por consumo de alcohol. De igual modo, los autores señalan que el riesgo de ideación suicida crece según se avanza en la escala de desesperanza de Beck,

y que el riesgo de presentar ideación suicida es casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, con menor riesgo entre los 46 y 65 años, y en las divorciadas o separadas.

Finalmente, Mondragón et al. (1998) comentan sobre la necesidad de crear programas de prevención para el comportamiento suicida, en especial la ideación suicida, sobre todo cuando los resultados en su estudio muestran una estrecha relación entre ésta y la desesperanza.

En un estudio con cuatro comunidades del sur de la ciudad de México (Berenzon, Medina-Mora, López y González, 1998) se encontró que un grupo importante de la población estudiada (1,156 adultos, 48.1% hombres y 51.9% mujeres) presentó síntomas de ideación suicida; el 18.2% del total de mujeres y el 17.6% de los hombres pensaron sobre la muerte; el 11.0% y el 8.1% respectivamente tenían deseos de morir. El 7% de las mujeres pensó en suicidarse y el 3% intentó quitarse la vida, mientras que el 5% de los hombres pensó en suicidarse y el 2% tuvo algún intento suicida.

La hospitalización o la dificultad para realizar tareas cotidianas fueron los factores que sirvieron para conocer la intensidad o gravedad de los intentos de suicidio presentados en la muestra; el 31% de total de mujeres que intentaron quitarse la vida necesitaron hospitalización por la gravedad de las lesiones que se autoinfligieron y el 37% estuvo incapacitada para realizar sus labores cotidianas. Entre los varones, los porcentajes observados de acuerdo a los dos

factores mencionados anteriormente fueron de 26.3% y 22.3%, respectivamente.

Desde la perspectiva psicosocial, se encuentran varios estudios sobre adolescentes que intentan suicidarse. González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996) revisan el panorama epidemiológico del acto suicida en México y en otros países entre la población adolescente y señalan algunos indicadores de riesgo identificados, como los trastornos psiquiátricos, los intentos de suicidio previos, y el consumo de alcohol y drogas.

En 1999, González-Forteza, Berenzon y Jiménez muestran una visión general de la conducta suicida en adolescentes mexicanos a partir de investigaciones realizadas en el país de 1987 a 1998. Los autores proponen abordar el problema del suicidio desde una perspectiva psicosocial e identificar factores protectores y de riesgo. A este respecto, González-Forteza et al. (1999) señalan que el principal factor de riesgo de suicidio entre los varones es el ambiente familiar mientras que para las mujeres lo constituyen además el sentirse en desventaja con las amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y la preferencia al aislamiento en situaciones problemáticas. Asimismo, los autores comentan que a partir de la revisión de la literatura realizada se vislumbra la necesidad de la investigación aplicada para diseñar y evaluar programas preventivos (p. ej., fomentó de la salud emocional y detección temprana de los factores de riesgo) del comportamiento suicida.

González-Forteza et.al. (1999), por último, discuten las necesidades de atención en el campo de la prevención del riesgo suicida y la educación para la salud emocional bajo una perspectiva ecológica en cuatro niveles:

- (1) en el nivel macrosistema, para orientar esfuerzos para desestigmatizar la conducta suicida para su detección oportuna;
- (2) en el exosistema, para llevar a cabo la revisión de la función de los medios masivos de comunicación en el reporte de suicidios y el efecto que éste tiene sobre la población adolescente para desencadenar oleadas de conducta suicida por imitación;
- (3) en el microsistema, donde se realiza el entorno emocionalmente significativo como la familia y los grupos de pares con el propósito de incidir en los factores psicosociales de riesgo de conducta parasuicida; y,
- (4) por último, en el individuo, para desarrollar estrategias que fortalezcan los factores protectores en circunstancias de vida presentes y futuras.

Gonzalez- Forteza ha realizado recientemente estudio sobre la ideación suicida en adolescentes de la Ciudad de México, entre los que destacan principalmente dos:

En el primer estudio (González-Forteza Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora, 1998) se determinó la prevalencia de la ideación suicida así como el perfil sintomático de mujeres adolescentes estudiantes del Distrito Federal y pacientes por intento de suicidio; se encontró que la prevalencia de la presencia y de la persistencia de ideación suicida fue más elevada en la muestra clínica de las 30 adolescentes; en cuanto a las características sociodemográficas que distinguieron a las estudiantes con mayores puntuaciones de ideación suicida hallaron las siguientes: el cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber interrumpido sus estudios.

En el segundo estudio (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998) los autores analizaron los indicadores psicosociales predictores de la ideación suicida en dos generaciones de estudiantes de una universidad privada; hallaron que los síntomas de ideación suicida estaban presentes entre el 27 y 30% de estos estudiantes y que la autoestima resultó ser la variable de protección común a las dos generaciones de estudiantes; en cuanto a las variables predictoras de riesgo encontraron que el estrés social era común en los hombres de una de las generaciones y entre las mujeres ocurría lo mismo en ambas generaciones; además, puntualizan que la interacción de los factores de riesgo y protectores emerge una complicada red que requiere ser esclarecida para incidir adecuada y oportunamente en el malestar emocional, y donde es importante no solo involucrar a la persona sino a su familia por igual.



González-Forteza (1996), menciona que el estado emocional de las personas se encuentra asociado al impacto estresante de los problemas cotidianos, mediatizado por las características de personalidad (autoestima y locus de control) y del entorno social (relación con los padres y apoyo familiar) que actúan sobre las respuestas de enfrentamiento y sobre el estado emocional a corto plazo.

González-Macip, Díaz, Ortiz González-Forteza y González (2000) evaluaron las características Psicométricas de las Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) e identificaron la frecuencia de la ideación suicida así como las características clínicas en una muestra de 122 estudiantes universitarios que acudieron al Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Entre sus conclusiones, destacan la necesidad de estudios bietápicos (tamizaje y confirmación de casos) para la referencia posterior a los servicios de salud mental correspondientes.

González-Forteza et al. (2001) encontraron una proporción 2:1 a favor de las mujeres (13.3%) sobre los hombres (6.3%) en la muestra de estudiantes con intento de suicidio; la edad promedio en la cual se realizó el último intento o único intento suicida fue de 13 años. Asimismo, los autores encontraron que el nivel socioeconómico no estaba relacionado con el intento de suicidio en la familia, que una cuarta parte de los que habían intentado suicidarse acostumbraba tomar sus alimentos solo, que practicaban menos deporte y salían a pasear con la familia en menor proporción que aquellos que no habían

intentado quitarse la vida; otros datos importantes corresponden al porcentaje elevado de varones que habían intentado suicidarse y que no hacen nada y se aburren durante su tiempo libre, al igual que el ir a beber con los amigos aunque las diferencias no fueron significativas con los adolescentes sin intento de suicidio.

En cuanto al motivo del intento suicida, González-Forteza et al. (2001) señalan que el 41% de los varones y el 44% de las mujeres reportó problemas familiares, superando a los problemas amorosos (26% hombres, 27% mujeres), a los problemas con los amigos (10% hombres, 7% mujeres), y a los problemas en la escuela (7% varones, 8% mujeres). En sus conclusiones, los autores resaltan la exposición del adolescente a la ausencia de contacto cotidiano afectivo en algo tan importante para la cultura mexicana como el compartir los alimentos o la convivencia en los espacios de esparcimiento familiar, haciéndolo más vulnerable; proponen en este sentido ofrecer más opciones de actividades, como las de grupo, a los adolescentes que han intentado suicidarse aunado a la concientización de la familia para evitar así conductas suicidas futuras (González-Forteza et al., 2001).

3.3 Estudios sobre ideación suicida aplicando la escala de Beck

Como ya mencionamos, Beck es uno de los principales investigadores que presta atención a la ideación suicida para la prevención del suicidio consumado. Por ello creo una escala encargada de medir la ideación suicida.

En 1991, Beck y Sterr realizaron un estudio sobre 330 pacientes psiquiátricos, diagnosticados con diferentes trastornos (internos del hospital Cherry Hill, N.J., a los que se les aplicó un instrumento creado para identificar ideación suicida, por medio de la construcción de autoreporte asistido por computadora paralelo a la versión de Escala de Ideación Suicida, que fue modificada sólo en su formato para ser contestada por el paciente por medio de un monitor que contiene las premisas y para distinguirla de la versión original (SSI) y fue llamada como BSI. De los 330 pacientes, 115 (34%) fueron clasificados con ideaciones suicidas y 215 (65.2%) sin ideación suicida de acuerdo con la escala, y se identificaron tres dimensiones, las cuales fueron asignadas como “Deseo Activo de Suicidio”, Preparación y “Deseo Pasivo de Suicidio”.

Se llevo acabo, un estudio con 131 estudiantes de un escuela de Kansas, con edades de entre 14 y 19 años; se estudió la relación entre depresión, autoestima, ideación suicida, ansiedad de morir y rendimiento escolar de estudiantes con padres divorciados y no divorciados. Se utilizó la escala ISB y se encontró que los estudiantes con altos puntajes en depresión e ideación suicida tuvieron bajo promedio escolar; además no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con ideación suicida, así como la circunstancia de que sus padres estén divorciados o no.(Brubeck, Dan y Beer, 1992).

En una muestra de 108 adolescentes entre 12 y 17 años (70 mujeres y 38 hombres) admitidos en un hospital general de New Jersey, con diversos trastornos psiquiátricos, les fue aplicada la ISB, y se encontró que existe mayor prevalencia de ideación suicida entre los adolescentes jóvenes que en los adolescentes tardíos porque en adultos no se encontró nivel de significancia en relación con la edad, asociada con la ideación suicida de éstos (Steer, Kumar, Beck, 1993).

En una muestra de 1794 pacientes, los cuales 1306 fueron diagnosticados con un trastorno menor del ánimo y 488 sin trastorno del ánimo que fueron evaluados en el centro de terapia cognitiva (CCT) entre 1986 y 1992, con el fin de comparar la relación que existe entre depresión y desesperanza con ideación suicida. Se encontró que altos niveles de ideación suicida fueron positivamente asociados con trastornos del ánimo y con los niveles de expectativas negativas sobre el futuro (Mondragón, 1997).

En México también se utilizó la escala ISB en 1,094 pacientes adultos de los tres niveles de atención de un hospital general: consulta externa, urgencias y hospitalización. En este estudio se encontró que la consistencia interna de la escala ISB fue 0.93 y los factores de riesgo relacionados con la ideación fueron: el ser mujer, el estar divorciados o separados, un patrón de consumo de alcohol consuetudinario y presentar desesperanza (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

En 1998, González-Macip realizó un estudio acerca de la ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en una población estudiantil. La muestra estuvo conformada por 122 estudiantes de preparatoria y universidad con edades entre 20 y 23 años de los cuales el 18% (n=22) manifestó ideación suicida. El 11.1% (n=3) eran varones, y el 21.1%(n=20) eran mujeres.

En el 2005, Rivera llevó a cabo un estudio para detectar la frecuencia de ideación suicida y los factores de riesgo en adolescentes. Utilizó la escala de ideación suicida de Beck para determinar el nivel de pensamientos suicidas, el APGAR familiar para el grado de disfunción familiar, la escala de depresión de Álvarez para el nivel de depresión, así como el cuestionario de factores sociodemográficos.

Rivera (2005) encontró que el 23% de los adolescentes presentaban ideación suicida, de estos el 47% eran mujeres y el 62% varones. Así mismo, encontró que el 70% de los adolescentes con ideación suicida presentaban disfunción familiar, mientras que en los adolescentes sin ideación suicida la disfunción familiar se reportaba en el 31% de ellos. Con respecto a la depresión el 87% de los individuos con ideación suicida la presentaban, mientras que el 26% del grupo sin ideación suicida la reportaban. Con respecto al resto de los factores no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos.



Justificación

Es muy importante empezar a estudiar y reconocer el suicidio como un factor presente en los estudiantes universitarios, dado que se han realizados varios estudios, pero en adolescentes, pasando de largo a los adultos jóvenes, es por ello y dado que la ideación suicida es un factor esencial para el intento suicida y finalmente el suicidio consumado, que consideramos necesario reconocer la prevalencia de esta en la juventud.

Además, era necesario reconocer la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en la población universitaria de psicología para informar sobre el suicidio y así crear, posteriormente programas enfocados a la prevención de este evento. Para de este modo asegurarse de que los profesionales de la salud que atenderán la salud mental de la población en general se encuentren en perfecta salud y se prevenga un posible suicidio en una población que está sujeta a la constante atención de la sociedad por representar un ejemplo.



Planteamiento del problema

La ideación suicida puede constituirse como un factor importante para el suicidio consumado, es por ello que en esta ocasión planteamos el problema de la ideación suicida y su relación con el nivel de estrés psicosocial, por lo que las preguntas de investigación fueron:

- ¿Cuál es el estimado sobre la tendencia de la ideación suicida en estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología?
- ¿Existe relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM?



Objetivo

El objetivo de la presente investigación fue estimar la tendencia de la ideación suicida en los jóvenes universitarios de la Facultad de Psicología de la UNAM, así como conocer el nivel de estrés psicosocial de los mismos para establecer la relación entre ambas variables

Hipótesis

Las hipótesis de la presente investigación fueron:

- 1.- Es posible determinar la incidencia de la ideación suicida en la muestra de la facultad de psicología.
- 2.- Los estudiantes de psicología con un grado alto de ideación suicida presentan un nivel más alto de estrés psicosocial.

Definición de Variables

Ideación suicida: deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de llevarlo a cabo (Beck, 1972).

Estrés psicosocial: es la condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su medio ambiente la conducen a percibir una discrepancia entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos y sociales. Lazarus y Folkman (1986).

Definición operacional

V. I. Ideación suicida: puntaje obtenido a través de la escala de ideación suicida de Beck (1972) que conforman 21 reactivos.

V. D. Estrés psicosocial: puntaje obtenido a través del perfil de estrés psicosocial de Nowack (2002).

Además se tomaron en cuenta como variables atributivas las siguientes:

Edad: 17 a 38 años

Sexo: hombre y mujer

Sociodemográficas: información obtenida a través de un cuestionario (ficha de identificación, incluye semestre al que pertenece y el lugar que ocupa entre los hermanos)



Muestra

Se trató de una muestra no probabilística por cuotas, quedó conformada por 247 estudiantes de la licenciatura en psicología, de 2º, 4º, 6º y 8º semestre y cuyas edades oscilaron entre los 17 y 38 años de edad, de sexo indistinto (tomando en consideración que existe un mayor número de mujeres en la carrera de psicología).

Tipo de estudio

El presente estudio se ubicó en la categoría de investigación no experimental-expostfacto, ya que no se tuvo control directo sobre las variables, y por lo tanto no se manipularon en ningún momento (Kerlinger, 2001).

Específicamente perteneció a la clasificación de estudio de campo. Ya que la aplicación de los cuestionarios, se llevaron a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM, en horarios de clase (Kerlinger, 2001).

Diseño

Se trató de un diseño de tipo transversal porque se recolectaron datos, describiendo las variables y analizando su incidencia e interrelación en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Instrumentos

Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).

Esta escala fue desarrollada por Beck, Kovaks y Weissman, en 1979 y esta diseñada para cuantificar y evaluar la concurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos y deseos.

Consta de cuatro dimensiones, la Sub-escala I: características de sus actitudes hacia la vida y la muerte; la sub-escala II: Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse; la sub-escala III: Características del intento suicida ; y la sub-escala IV: Actualización del Intento Suicida.

La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de «frenos» (disuasores). Consta de 19 ítems, que se valoran en una escala de 0 a 2 puntos.

Se califica con un punto de corte de 10, es decir, <10 significa que no existe ideación suicida y; ≥ 10 significa que existe ideas suicidas y se constituye la siguiente regla a mayor puntaje mayor gravedad ideación suicida (Mondragón, 1997).



En México, la escala tiene un índice de confiabilidad alpha de 0.85, lo que nos indica que la valora la intensidad del deseo de suicidarse para saber si el sujeto corre el riesgo de suicidarse pronto (González, León, Gonzalez-Forteza y González, 2000).

Perfil de Estrés psicosocial de Nowack.

-El perfil de estrés está basado en el enfoque cognitivo transaccional del estrés y afrontamiento, desarrollado por Lazarus y sus colaboradores (Coiné y Lazarus, 1980; Lazarus, 1981; Lazarus y Launier, 1978).

Se trata de un perfil estructurado de tipo Likert, que esta dividida en quince áreas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad (Estrés, hábitos de salud, ejercicio, descanso/sueño, alimentación, prevención, reactivos ARCX, red de apoyo social, conducta tipo A, valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza concentración en el problema, fuerza cognitiva y bienestar psicológico), así como una medición de sesgos de respuesta y una de respuestas inconsistentes. Esta integrado por 123 reactivos, aplicable a población con un nivel de lectura equivalente a secundaria, con un tiempo de aplicación que oscila entre los 20 y 25 minutos, se puede aplicar de forma individual o masiva.

Para la población mexicana, el perfil tiene una confiabilidad mediana para la consistencia interna de las 14 escalas de contenido en la muestra de estandarización del perfil de estrés fue de .72, de un rango de .51 a .91. Las puntuaciones de las escalas individuales del Perfil de Estrés, son objetivas,



cuantificadas y fundamentadas en la teoría, pueden utilizarse para crear y probar una variedad de hipótesis clínicas, experimentales y epidemiológicas.

Procedimiento

Se acudió a la Facultad de Psicología que se encuentra dentro del campus de Ciudad Universitaria a aplicar la escala de ideación suicida de Beck y el perfil de estrés de Nowack a dos grupos, en promedio, por semestre (semestres 2º, 4º, 6º y 8º), en los cuales ya se había pedido, anteriormente, la autorización del profesor del grupo. En total se aplicaron los instrumentos a 257 estudiantes, sin embargo algunos fueron anulados de acuerdo al nivel de inconsistencia.

Primero, se prosiguió a repartir los instrumentos a los estudiantes y se les indicó que leyeran cuidadosamente las instrucciones para que comenzaran a contestar, si tenían alguna duda, que levantaran su mano y ésta se les resolvió las dudas de forma individual. El tiempo estimado de aplicación fue de 25 minutos para el Perfil de Estrés de Nowack y de 15 minutos para la Escala de Ideación Suicida de Beck, haciendo en total 40 minutos para la aplicación global.

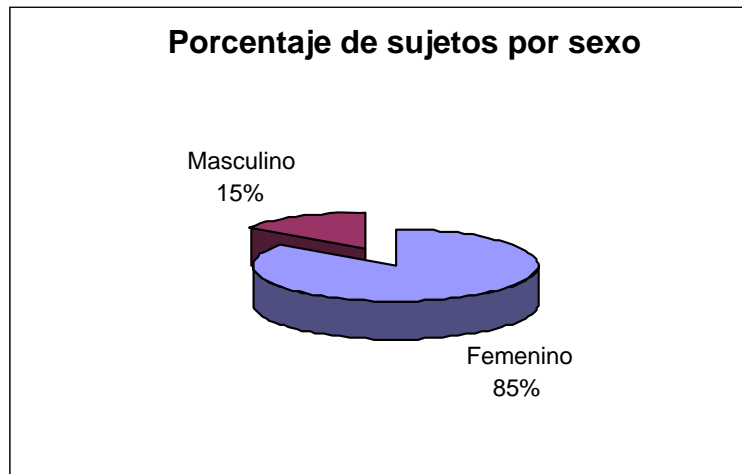
Al término de la prueba se les agradeció su colaboración y se les indicó que si deseaban obtener sus resultados o algún tipo de información acerca de la investigación anotaran su nombre y dirección de correo electrónico, para recibir su retroalimentación. Posteriormente a aquellos estudiantes que pidieron alguna información se les enviaron sus resultados vía correo electrónico con el formato que se muestra en el anexo 3.

Resultados

En esta investigación se pretendió determinar el nivel de ideación suicida en una muestra de estudiantes de la licenciatura en psicología, y sus características sociodemográficas; para posteriormente, investigar si existía o no una correlación entre distintos factores de riesgo y de protección al estrés psicosocial y la ideación suicida.

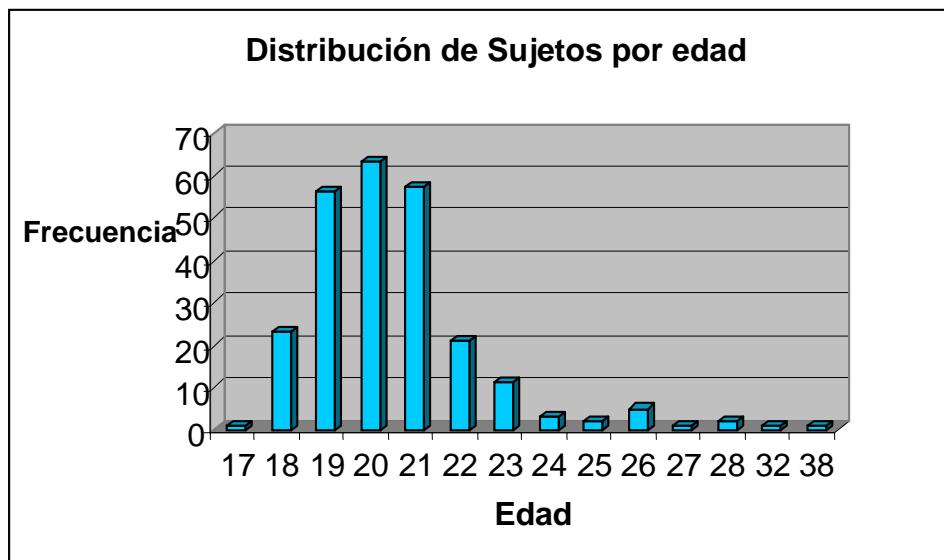
En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la muestra; para ello se llevaron a cabo análisis estadísticos, tales como: análisis de frecuencias; cálculo de medias y desviaciones; determinación de correlación entre variables mediante el estadístico de Pearson para la muestra total y la correlación de Spearman para la muestra con ideación suicida.

En el primer análisis estadístico se estudiaron las características sociodemográficas de la muestra, la cual estuvo conformada por un total de 247 alumnos de la Facultad de Psicología de la UNAM a nivel licenciatura, de los cuales el 85% (n=210) pertenecían al sexo femenino y el restante (15%) al sexo masculino (Gráfica 1.1).



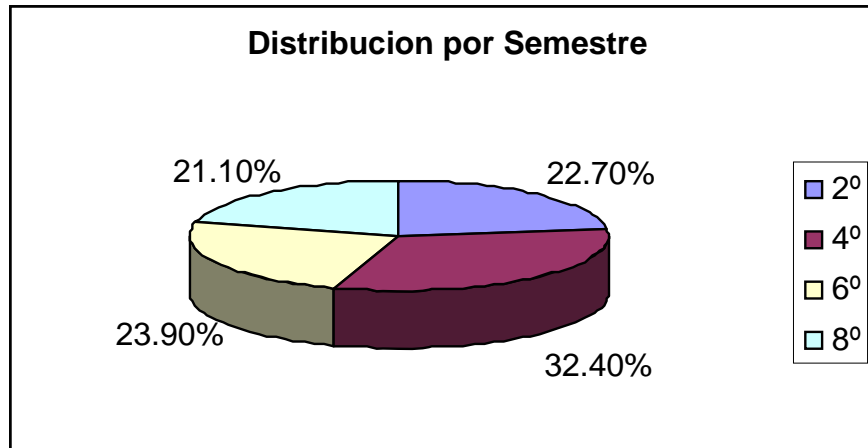
Grafica 1.1.

Las edades de los alumnos fueron variadas, aunque se pretendió estudiar una muestra de jóvenes de entre 17 y 27 años, se encontraron sujetos que rebasaron este rango, debido a que en la población universitaria es común encontrar sujetos con más edad que el promedio, por lo que las edades oscilaron entre 17 y 38 años, la siguiente gráfica nos presenta la distribución por edades. Se obtuvo una media de 20.53 años con una desviación estándar de 2.25.



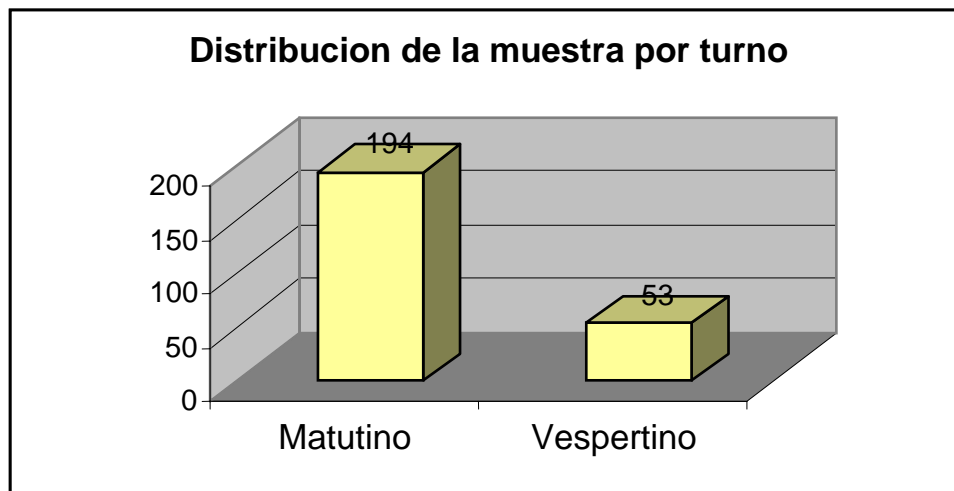
Grafica 1.2

Con respecto al semestre, encontramos que el mayor número de sujetos eran de 4º semestre con el 32.4% (n=80). Los demás semestres (2º, 6º y 8º) siguieron una tendencia similar, lo cual se observa en la siguiente grafica.



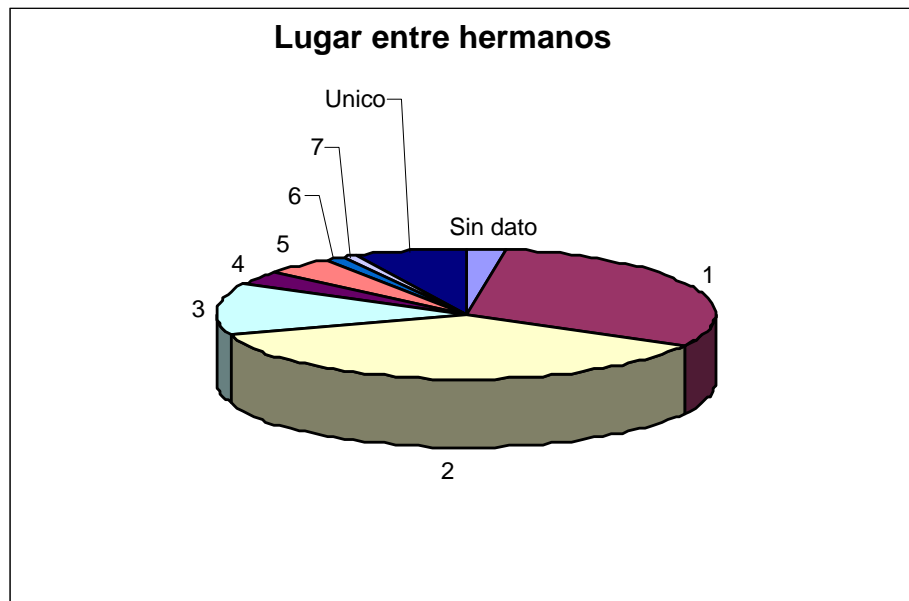
Gráfica 1.3

Otra variable sociodemográfica que tomamos en cuenta fue el turno, el 78.5% (n=194) pertenecían al turno matutino, mientras el 21.5% restante (n=53) correspondían al turno vespertino (Gráfica 1.4).



Gráfica 1.4

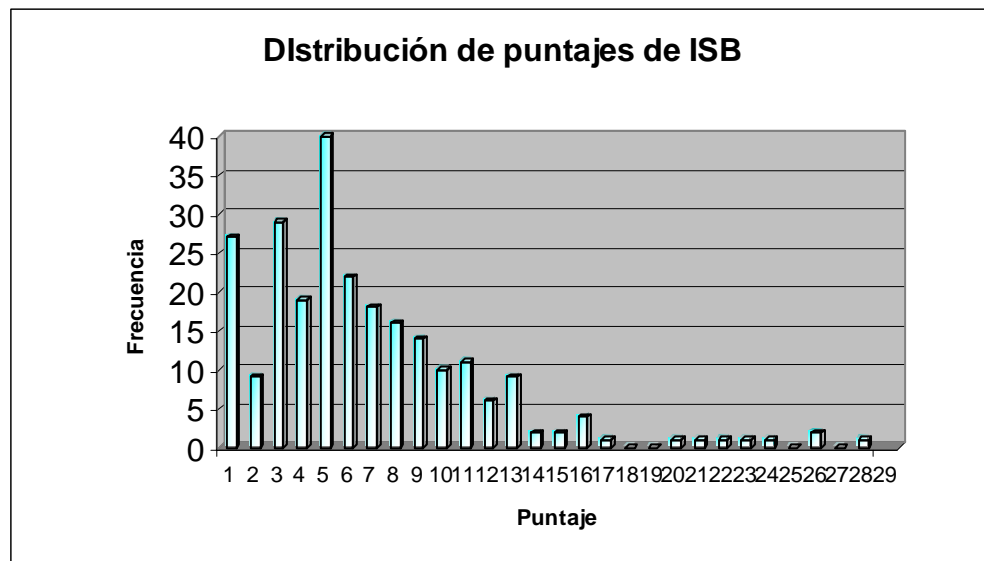
En lo que respecta al lugar que el sujeto, ocupa entre sus hermanos se observó que 6 sujetos (2.4%) no proporcionaron dato, 75 (30.4%) indicaron ser el primer hijo, mientras que 91 (36.8%) sujetos señalaron ser el segundo hijo de familia el resto de los datos se muestran en la Gráfica 1.5.



Gráfica 1.5

Posteriormente se prosiguió a examinar los resultados obtenidos por la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), para establecer el nivel de ideación presente en la muestra.

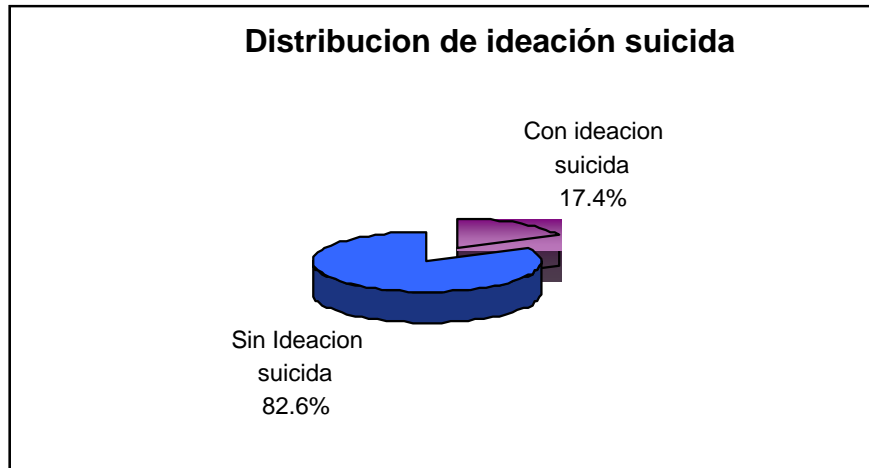
El primer paso fue determinar los puntajes obtenidos a través del ISB; los datos nos muestran que el puntaje menor obtenido fue de 0 y el mayor fue de 28; se obtuvo una media de 5.7 con una desviación estándar de 4.85. (Gráfica 1.6).



Grafica 1.6

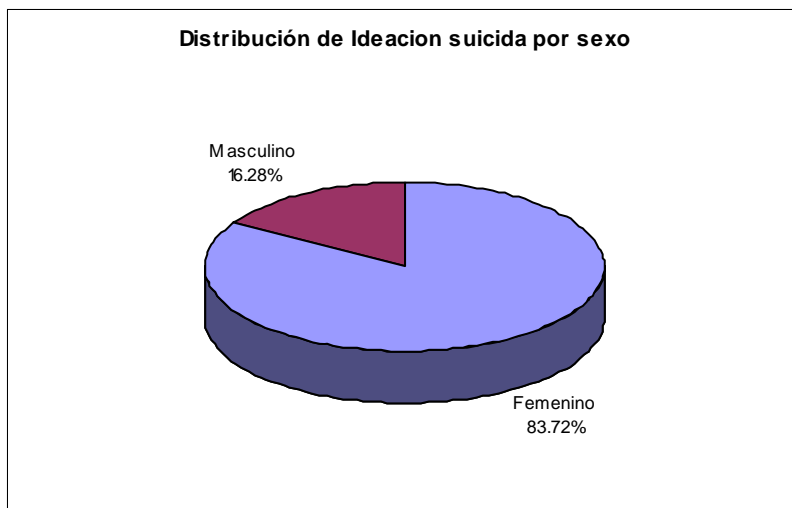
La prueba indica que el punto de corte es de 10 puntos (Mondragón, 1997); es decir a partir del punto 10 podemos considerar que los individuos presentan ideación suicida, tomando en cuenta como regla que “a mayor puntaje mayor es el nivel de ideación”.

Con base en lo anterior, encontramos que el 17.4% (n=43) de la muestra presenta ideación suicida, lo cual puede observarse en la gráfica 1.7.



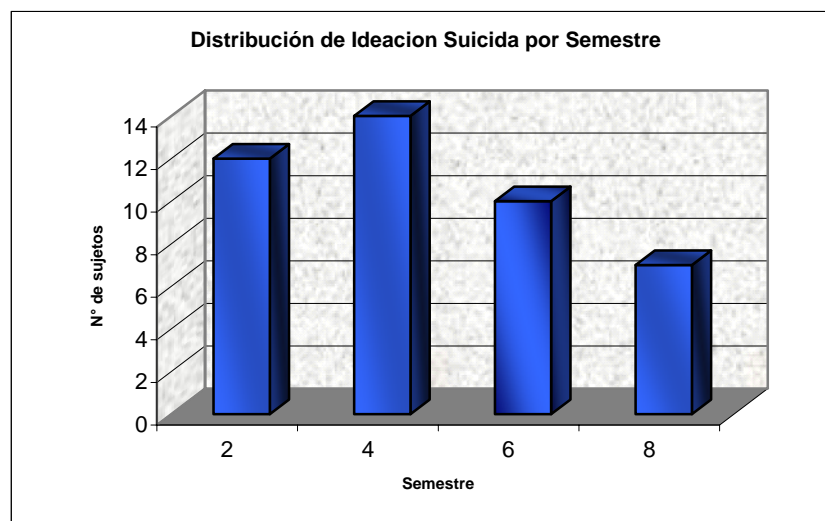
Gráfica 1.7

De los sujetos que reportaron ideación suicida (n=43), el 83.72% (n=36) fueron del sexo femenino, mientras que el 16.28% restante (n=7) pertenecían al sexo masculino (Gráfica 1.8).



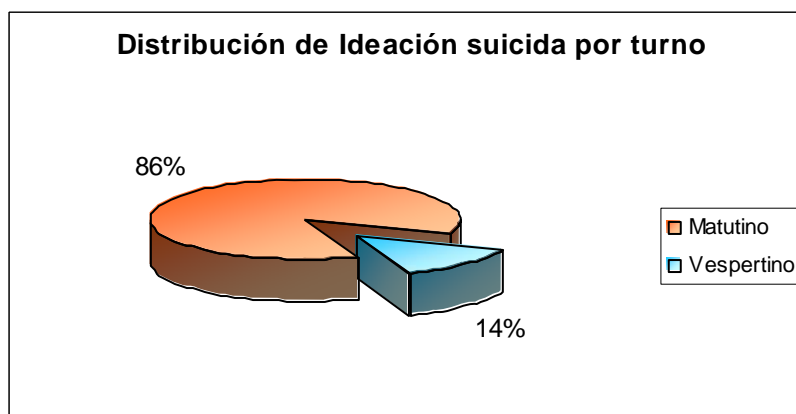
Gráfica 1.8

En lo que se refiere a la muestra por semestres de los sujetos que presentaron ideación suicida, podemos mencionar que el 21.4% (n=12) de los estudiantes de 2° semestre, el 17.5% (n=14) del 4° semestre, el 16.9% (n=10) del 6° semestre y el 13.5% (n=7) del 8° semestre obtuvieron puntajes iguales o mayores de 10 (Gráfica 1.9).



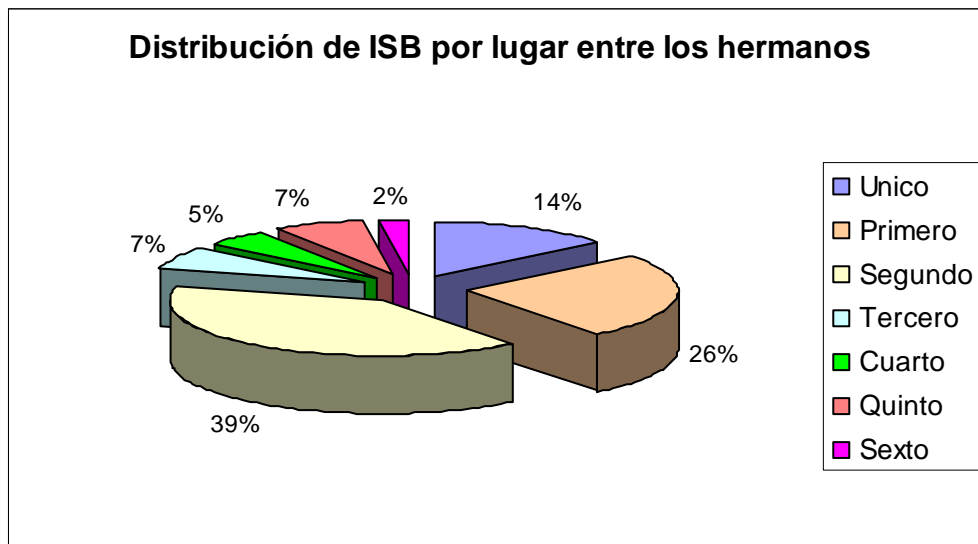
Gráfica 1.9

Respecto al turno de los sujetos que manifestaron ideación suicida (N=43), encontramos que la mayoría pertenecían al turno matutino (n=37), mientras que el restante (n=6) al turno vespertino (Gráfica 2.0).



Gráfica 2.0

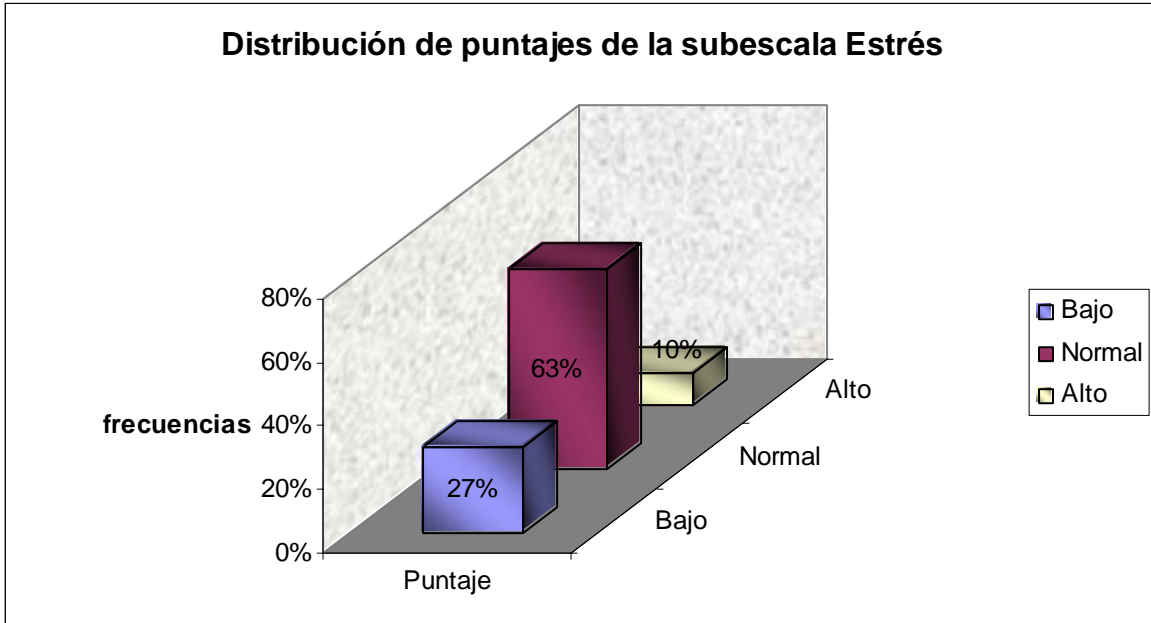
por el número que ocupa entre sus hermanos, la muestra con ideación suicida (N=43) se concentro más entre los que reportan ser el primer hijo (n=11) y el segundo (n=17); los restantes se agruparon entre ser hijos únicos y entre el tercero y sexto lugar (Grafica 2.1).



Grafica 2.1

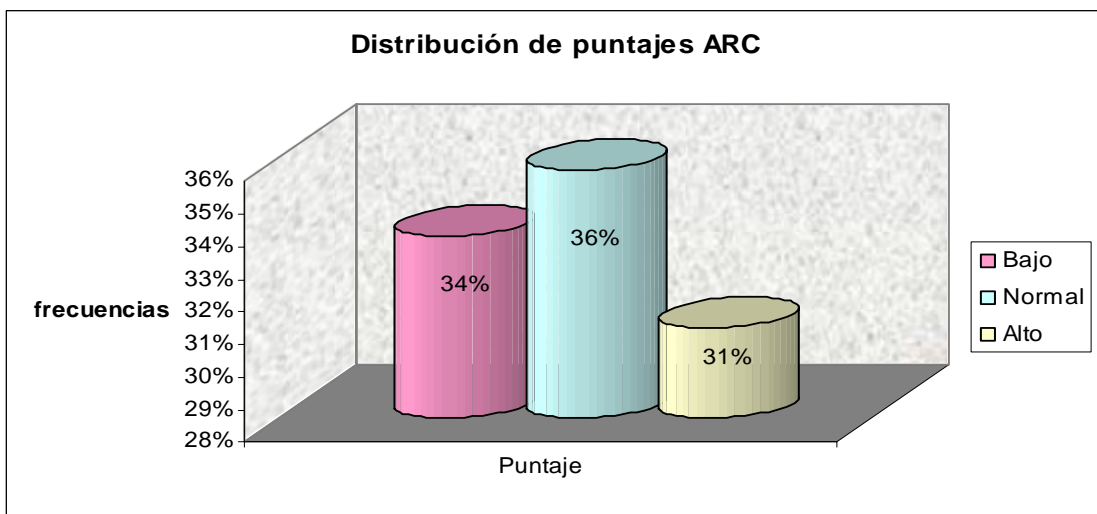
Una vez determinada la muestra con Ideación suicida, se procedió a analizar el nivel de estrés psicosocial, a través de los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas del Perfil de Estrés de Nowack que resultaron ser significativos en relación al ISB. Debemos recordar que el perfil de estrés de Nowack únicamente proporciona rangos de puntuaciones, que van de acuerdo a la curva de distribución normal (desviaciones estándar), los resultados se describen en seguida.

La subescala de estrés en la muestra fue en su mayoría bajo y normal, encontrándose así solo una pequeña porción (n=25), 10% de sujetos que mostraron un nivel de estrés alto, lo anterior se detalla en la grafica 2.2



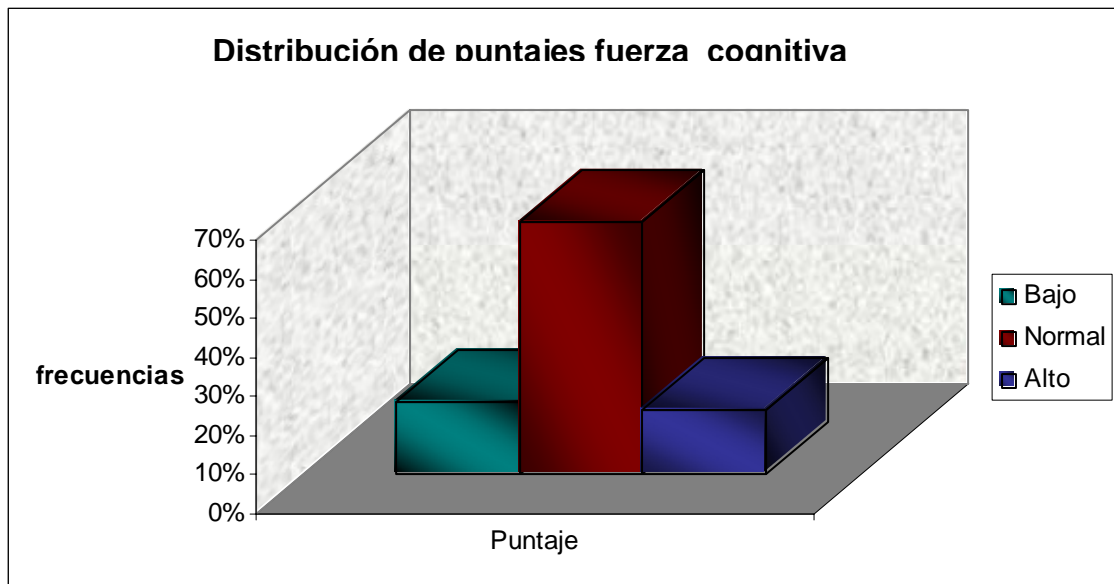
Grafica 2.2

La subescala de reactivos ARC (Conductas Autodestructivas), representan el nivel de abuso de sustancias y consumo de alcohol de los sujetos de la muestra, en este caso el numero de puntajes elevados representa un 31% de la muestra(n = 60), es decir una tercera parte del total. (Grafica 2.3)



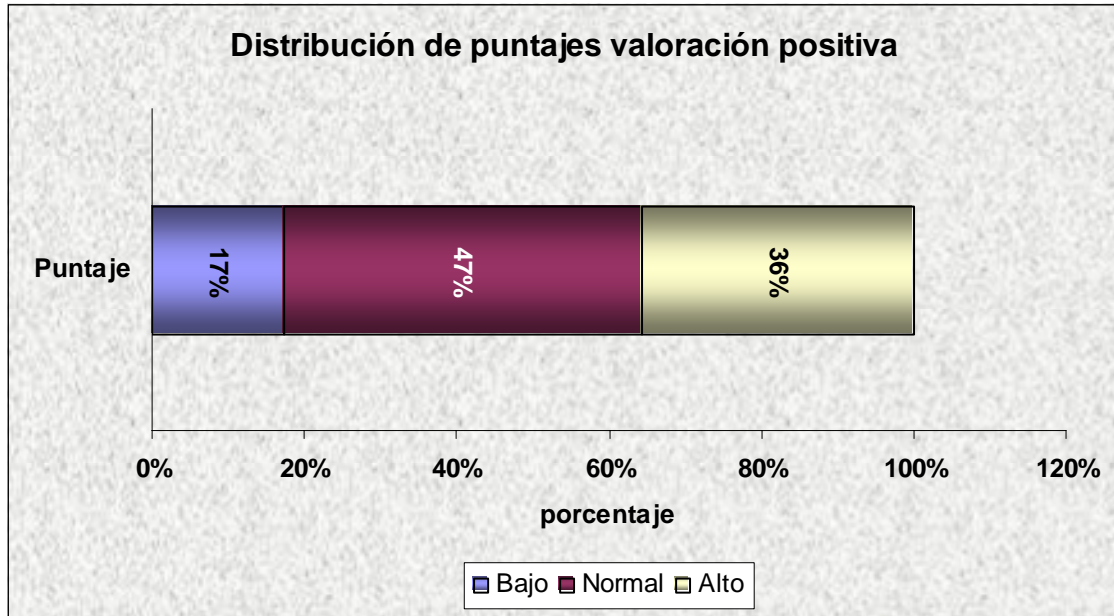
Grafica 2.3

La Grafica 2.4 muestra como se distribuyeron los puntajes de la subescala fuerza cognitiva, de la cual los porcentajes altos representan el 17% del total (n=41); lo que nos dice que respecto a las expectativas de autoeficacia, sentido de control y nivel de participación de los estudiantes, la mayoría manifestó puntajes normales.



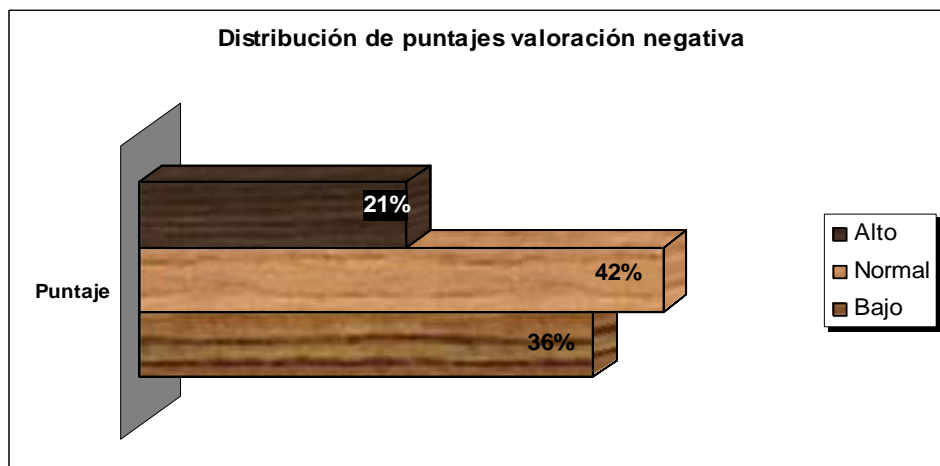
Grafica 2.4

En lo que respecta a la subescala valoración positiva, es decir al nivel de evaluación de tipo positiva que refiere el sujeto tanto de si como de su entorno, los puntajes altos representaron una tercera parte del total (n = 88, 36%) casi igualando el porcentaje de normalidad (Grafica 2.5).



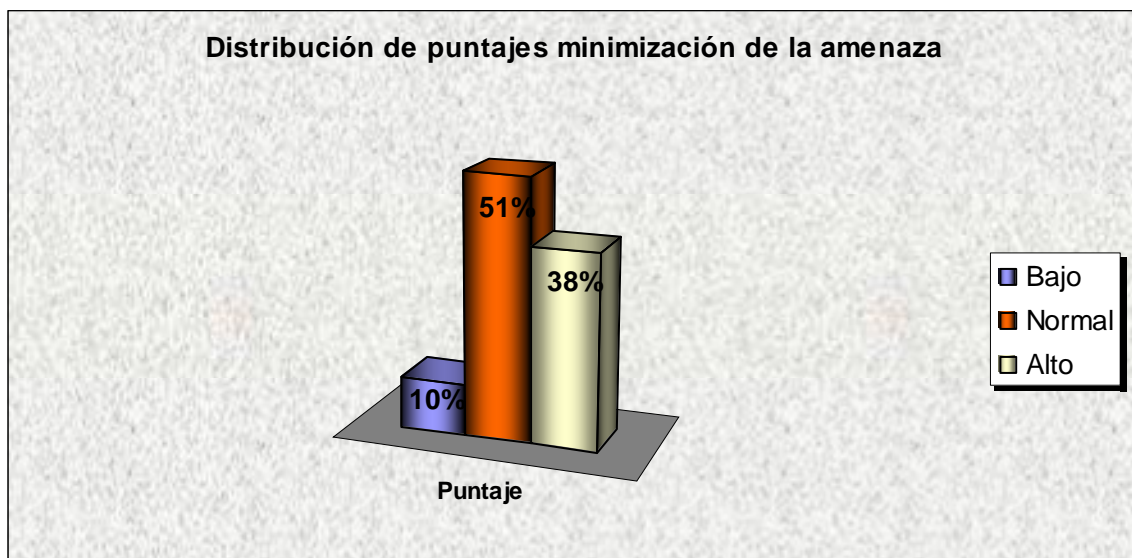
Grafica 2.5

La distribución de puntajes de la subescala “valoración negativa”, la cual se refiere a la evaluación de los efectos negativos que tiene el sujeto tanto de si mismo como de su medio, siguió una línea similar a la de la valoración positiva, debido que el nivel de puntajes altos resulto ser del 36%(n = 90), el resto de los datos se explica en la Grafica 2.6.



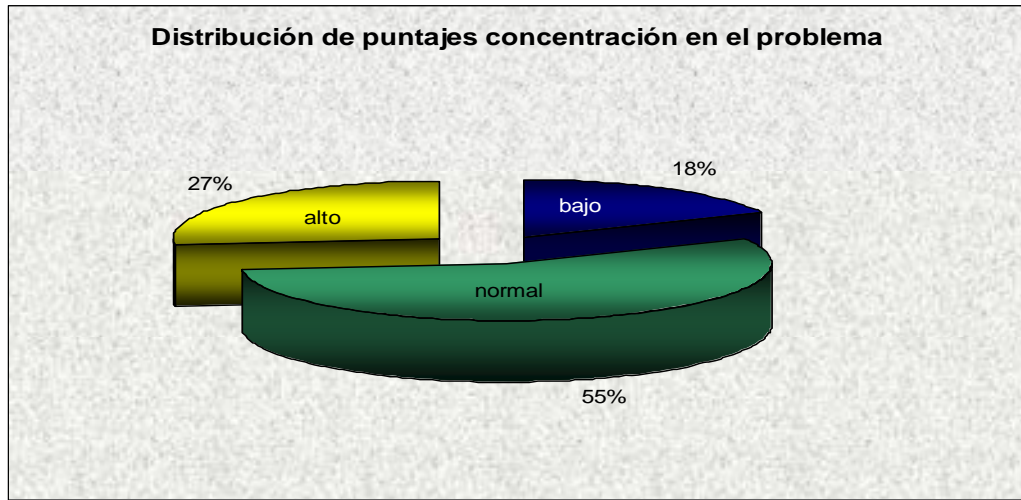
Grafica 2.6

En la subescala minimización de la amenaza, la cual hace referencia a el nivel de afrontamiento de los problemas, entendiéndolos como solucionables y sin preocuparse tanto en ellos; los puntajes que representan riesgo de estrés son los puntajes bajos, los que en nuestra muestra representan el 10% (n=25) por lo que el resto de la muestra resulta tener un factor de protección (Grafica 2.7).



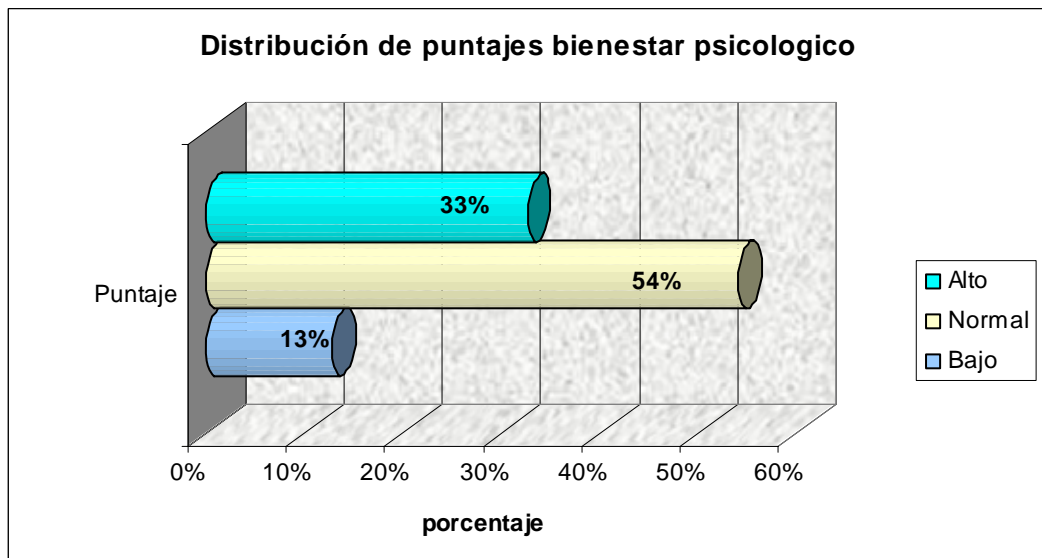
Grafica 2.7

La concentración en el problema, es decir el nivel de comprensión y reflexión que el sujeto presenta en las situaciones problemáticas, resultó ser en la muestra del 55% (n=137) normal y el 27% (n =66) alto, según lo encontrado y representado en la Grafica 2.8.



Grafica 2.8

En el caso del bienestar psicológico percibido, el cual se refiere al nivel de bienestar que el sujeto percibe de si y de sus relaciones, el 54% de la muestra(n =134) lo percibió como dentro de lo normal y solo 32 sujetos, el 13% lo percibieron como bajo (Grafica 2.9).



Grafica 2.9

Posteriormente, se prosiguió a analizar la relación entre la Ideación Suicida y el estrés psicosocial; para ello se realizó una correlación (r) de pearson con el total de la muestra (N=247).

Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

Cuadro 6. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Estrés Fisiológico				
Var 1	Var 2	R	N	Sig.
ISB	Estrés Fisiológico	0.277	247	0.000

En el cuadro 6 se muestra que la correlación entre la ideación suicida y el estrés fisiológico es baja ($r=0.277$) pero estadísticamente significativa ($p=0.000$), lo que nos indica que si existe relación entre ambas variables; es decir en el 27.7% de los casos se encuentra ésta relación.

Cuadro 7. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Hábitos de Salud				
Var 1	Var 2	R	N	Sig.
ISB	Hábitos de salud	-0.342	247	0.000

EL cuadro 7 nos señala que si existe una correlación baja ($r=-0.342$) pero negativa, estadísticamente significativa entre la ideación suicida y los hábitos de salud.

Cuadro 8 Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Ejercicio				
Var 1	Var 2	R	N	Sig.
ISB	Ejercicio	-0.167	247	0.009

En el cuadro anterior (8) se describe la correlación negativa entre el ejercicio y la ideación suicida la cual es baja ($r=-0.167$) y estadísticamente significativa ($p=0.009$); lo que nos explica que el 16.7% de los casos explican una relación indirecta entre ambas variables.

Cuadro 9. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Sueño				
Var 1	Var 2	R	N	Sig.
ISB	Descanso / Sueño	-0.237	247	0.000

El cuadro 9 muestra la correlación de tipo negativa baja ($r=-0.237$), estadísticamente significativa ($p=0.000$) entre los hábitos de descanso / sueño y el nivel de ideación suicida; es decir observamos que en el 23.7% de los casos existe una relación indirecta entre ellas.

Cuadro 10. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Alimentación				
Var 1	Var 2	R	N	Sig.
ISB	Alimentación	-0.205	247	0.001

En el cuadro 10 se describe la correlación entre la ideación suicida y los hábitos de alimentación ($r=-0.205$), la cual es baja, negativa y estadísticamente significativa ($p= 0.001$); lo que nos indica que si existe una relación entre ambas variables.

Cuadro 11. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Prevención				
Var 1	Var 2	r	N	Sig.
ISB	Prevención	-0.262	247	0.000

El cuadro 11 describe la correlación entre la ideación suicida y las medidas de prevención que toma el sujeto ($r=-0.262$) la cual es baja, estadísticamente significativa ($p=0.000$) y de tipo negativa, lo que quiere decir que mientras mejores medidas preventivas tomen los sujetos es menor la ideación suicida.



Cuadro 12. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Reactivos ARC (Conductas Autodestructivas)				
Var 1	Var 2	r	N	Sig.
ISB	ARCX	0.130	247	0.041

En el cuadro 12 se muestran el nivel de correlación entre la ideación suicida y los reactivos ARC (Conductas Autodestructivas), la cual es baja ($r= 0.130$) y estadísticamente significativa ($p=0.041$); lo que nos dice que en el 13% de los casos si existe una relación directa entre los pensamientos suicidas y las conductas autodestructivas.

Cuadro 13. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Red de Apoyo Social				
Var 1	Var 2	r	N	Sig.
ISB	Red de apoyo social	0.032	247	0.621

El cuadro anterior (13) nos presenta el nivel de correlación entre las ideas suicidas y la red de apoyo social percibido por los sujetos; la cual es muy baja ($r=0.03.2$) y no significativa estadísticamente ($p= 0.621$), lo que nos indica que en esta muestra el apoyo social percibido no es una variable que mantenga una relación con la ideación suicida.

Cuadro 14. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Conducta Tipo A

Var 1	Var 2	r	N	Sig.
ISB	Conducta Tipo A	0.117	247	0.660

El cuadro 5 nos exhibe el nivel bajo de correlación ($r=0.117$) y no significativo estadísticamente ($p=0.660$) entre los pensamientos suicidas y la conducta tipo A; esto nos revela que este tipo de conducta no se considera una variable relacionada con la ideación suicida en la muestra de estudiantes de psicología.

Cuadro 15. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Fuerza Cognitiva

Var 1	Var 2	r	N	Sig.
ISB	Fuerza Cognitiva	-0.344	247	0.000

En el cuadro 15 se expone el nivel de correlación entre la Fuerza cognitiva y el nivel de ideación suicida presente en la muestra. Observamos que se trata de un correlación baja (-0.344) de tipo negativa, estadísticamente significativa ($p=0.000$); lo que nos refiere que cuando mayor sea la fuerza cognitiva serán menores los pensamientos suicidas.

Cuadro 16. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Valoración Positiva

Var 1	Var 2	r	N	Sig.
ISB	Valoración positiva	-0.228	247	0.000

Como observamos en el cuadro anterior (16) existe una correlación estadísticamente significativa ($p=0.000$) de tipo negativa y baja ($r=-0.228$), entre la valoración positiva que tiene el sujeto de si mismo y las ideas suicidas que presenta; lo que nos señala que mientras mejor sea su valoración, el sujeto presentará menor ideación suicida.

Cuadro 17. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Valoración Negativa

Var 1	Var 2	R	N	Sig.
ISB	Valoración negativa	0.303	247	0.000

Como percibimos en el cuadro 17, y al igual que en la valoración positiva existe una correlación ($r=0.303$) estadísticamente significativa ($p=0.000$) entre la valoración negativa del propio sujeto y la ideación suicida que manifiesta; lo que nos indica que en el 30.3% de los casos existe una relación directa entre los pensamientos suicidas y la valoración negativa.

Cuadro 18. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Minimización de la Amenaza

Var 1	Var 2	r	N	Sig.
ISB	Minimización de la amenaza	-0.086	247	0.178

En el cuadro 18 se observa la correlación ($r=-0.086$) negativa, no significativa estadísticamente ($p=0.178$) entre las ideas suicidas y la minimización de la amenaza (o problema). Lo que nos indica que la minimización de la amenaza no es una variable relacionada con la ideación suicida en la muestra de psicología.

Cuadro 19. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Concentración en el problema

Var 1	Var 2	r	N	Sig.
ISB	Concentración en el problema	-0.191	247	0.003

El cuadro 19 nos presenta la correlación entre la concentración en el problema que tiene la persona y los pensamientos suicidas que refiere; la correlación es de tipo negativa baja ($r=-0.191$) estadísticamente significativa ($p=0.003$), lo que indica que mientras el sujeto presente mayor ideación suicida, menor será su concentración en el problema.

Cuadro 20. Correlación de Pearson, entre Ideación Suicida y Bienestar Psicológico

Var 1	Var 2	R	N	Sig.
ISB	Bienestar psicológico	-0.339	247	0.000

Se observa en el cuadro 20 la correlación entre la ideación suicida y la subescala de Bienestar psicológico percibido por el sujeto, la cual es baja y negativa ($r=-0.339$) estadísticamente significativa ($p=0.000$); lo que nos indica que mientras mayor sea la ideación suicida menor será el nivel de bienestar psicológico percibido por el propio sujeto.

Una vez realizada la correlación de Pearson, se tomo la porción de la muestra que manifestó ideación suicida ($n=43$) para llevar acabo el análisis de la relación entre la ideación suicida y las subescalas de estrés, por medio de una correlación de Spearman para muestras pequeñas, los resultados en los que se encontró una correlación significativa se muestran a continuación:

Cuadro 21. Correlación de Spearman, entre Ideación Suicida y Reactivos ARC (Conductas Autodestructivas)

Var 1	Var 2	rho	n	Sig.
ISB	ARCX	0.402	43	0.008

El cuadro 21 nos muestra la correlación ($\rho=0.402$) baja y estadísticamente significativa ($p=0.008$) entre la ideación suicida y los reactivos ARC (Conductas Autodestructivas), es decir las conductas autodestructivas. Este resultado corrobora la correlación obtenida en la muestra total.

Cuadro 22. Correlación de Spearman, entre Ideación Suicida y Fuerza Cognitiva				
Var 1	Var 2	rho	n	Sig.
ISB	Fuerza Cognitiva	-0.568	43	0.000

En el cuadro 22 observamos una correlación media negativa ($\rho=-0.568$) estadísticamente significativa ($p=0.000$) entre los resultados obtenidos en la subescala fuerza cognitiva y los obtenidos en la escala de ideación suicida; lo que nos manifiesta que en el 56.8% de los casos en los que se presenta ideación suicida indicaron tener una fuerza cognitiva baja.

Cuadro 23. Correlación de Spearman, entre Ideación Suicida y Valoración Positiva				
Var 1	Var 2	rho	n	Sig.
ISB	Valoración Positiva	-0.641	43	0.000

Se observa en el cuadro anterior que existe una correlación media negativa ($\rho=-0.641$) y estadísticamente significativa ($p=0.000$) entre la presencia de ideación suicida y la valoración positiva que tiene el sujeto de si mismo; esto

nos refiere que mientras mayores sean los pensamientos suicidas menor será la valoración positiva que tenga el sujeto.

Cuadro 24. Correlación de Spearman. entre Ideación Suicida y Valoración Negativa				
Var 1	Var 2	rho	n	Sig.
ISB	Valoración Negativa	0.400	43	0.008

El cuadro 24 nos presenta la correlación entre la valoración negativa que la persona tiene de sí y las ideas suicidas, esta es baja ($\rho=0.400$) y estadísticamente significativa ($p=0.008$); lo que se relaciona con la subescala de valoración positiva indicando que mientras mayor sean las ideas suicidas mayor será la valoración negativa presente en la persona.

Cuadro 25. Correlación de Spearman, entre Ideación Suicida y Minimización de la Amenaza				
Var 1	Var 2	rho	n	Sig.
ISB	Minimización de la amenaza	-0.403	43	0.007

En el cuadro 25 se muestra la correlación entre el nivel de ideación suicida y el puntaje obtenido en la subescala de minimización de la amenaza, la cual es baja y de tipo negativa ($\rho=-0.403$), es estadísticamente significativa ($p=0.007$); lo que nos indica que en el 40.3% de los sujetos que presentaban



ideación suicida manifestaron prestar una atención mayor a la percepción que tenían de su amenaza o problema.

Cuadro 26. Correlación de Spearman, entre Ideación Suicida y Concentración en el Problema				
Var 1	Var 2	rho	n	Sig.
ISB	Concentración en el problema	-0.421	43	0.005

El cuadro 26 manifiesta que existe una correlación baja negativa ($\rho=-0.421$) y estadísticamente significativa ($p=0.005$) entre la presencia de pensamientos suicidas y la concentración que el sujeto tiene del problema; lo que nos indica que en el 42.1% de los sujetos que presentaron ideación suicida tenían menor concentración en el problema.

Cuadro 27. Correlación de Spearman, entre Ideación Suicida y el Bienestar Psicológico				
Var 1	Var 2	rho	n	Sig.
ISB	Bienestar psicológico	-0.641	43	0.000

Finalmente, se presenta en el cuadro 27 la correlación entre el nivel de ideación suicida y el bienestar psicológico percibido por el propio sujeto, la cual es moderada de tipo negativa ($\rho=-0.641$) y estadísticamente significativa; lo que nos manifiesta que en el 64.1% de los sujetos con pensamientos suicidas manifestaban tener una percepción baja de su bienestar psicológico.

Discusión

En el presente trabajo, se tomó en cuenta una muestra confiable (N=247) de estudiantes de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología de la UNAM; lo cual muestra un panorama acerca de la ideación suicida y el estrés psicosocial en adultos jóvenes estudiantes de esta carrera.

Por lo anterior, se pudo determinar un estimado acerca de las tendencias de ideación suicida en estudiantes de psicología. De acuerdo con los resultados, se encontró que el 17.4% (n=43) de los sujetos manifestaron tener pensamientos suicidas (Gráfica 1.7), datos que son relativamente más bajos con los encontrados por Gonzalez-Forteza, et. al. (2000), lo cual puede deberse a que su muestra fue mayor y más variada tomando universitarios de diversas carreras). Por otro lado, podría estar relacionado con el fenómeno de deseabilidad social (Trivers, 2002) y la sobreexposición a pruebas psicológicas de los estudiantes de psicología; fenómenos que no han sido estudiados con bastante regularidad, sin embargo, se ha encontrado que la deseabilidad social es un aspecto presente en los estudiantes, debido a que refieren ser un modelo para la población en general, y por tanto responden de la manera en la que se dice que deben de actuar de acuerdo a las normas y su rol en la sociedad.

De los sujetos que presentaron ideas acerca del suicidio (n=43), el 83.72% pertenecían al sexo femenino, mientras que el 16.28% restante al sexo masculino (Gráfica 1.8); lo cual ha sido reportado por varios autores (Jiménez et.al., 2004; Borges, et. al., 1994), quienes señalan que las mujeres presentan,

con mayor frecuencia, ideación e intentos suicidas que los hombres. Sin embargo, la disparidad de nuestros datos (el que la mayor proporción sean mujeres, en una relación de 7 a 1) puede deberse a que la muestra estuvo conformada, mayoritariamente por mujeres, por lo que recomendamos que en futuras investigaciones, se lleven acabo con una muestra apareada por género.

Respecto a la edad, la muestra estuvo conformada por sujetos, cuyas edades oscilaban entre 17 y 38 años (Gráfica 1.2), por lo que al dividirlos en rangos de 4 años encontramos que la mayor concentración de sujetos con ideación suicida se encuentra en el rango de 17 a 20 años, seguido por el rango de 21 a 24 años, lo que coincide con lo que señalan González-Forteza et. al. (1998) y Jiménez et. al. (2004) en relación a la mayor prevalencia de conductas suicidas se encuentra en edades de entre 15 y 20 años, seguidos por los jóvenes de entre 21 y 24 años.

Un dato encontrado en cuanto a la edad, es que los 2 sujetos de mayor edad (32 y 38 años) presentaron el nivel mayor de ideación suicida, lo cual apoya lo reportado por González-Forteza et. al. (1998) que en este sector, los estudiantes universitarios de mayor edad presentan mayor porcentaje de pensamientos suicidas, a pesar de esto, no se puede decir que este es un dato estadísticamente significativo en nuestra muestra, dado que no es un numero confiable de sujetos, por lo que recomendamos realizar futuras investigaciones con sujetos con edades más altas al promedio.

En cuanto al semestre, se observó que la mayoría pertenecían al 4º semestre (32.55%), seguido por el 2º semestre (27.91%), posteriormente el 6º semestre (23.26%) y por último el 8º (16.28%) (Gráfica 1.9); datos que no reflejan una diferencia importante, ya que la variación puede deberse a que la mayor concentración de sujetos pertenecía al 4 semestre y la menor al 8º.

En relación al turno, se encontró que el 86% eran estudiantes del turno matutino (Gráfica 2.0), lo que nos indica que existe un mayor porcentaje de ideación suicida en este turno; sin embargo no existe bibliografía respecto al nivel de ideación suicida en estudiantes y el turno que cursan.

En el caso de Estrés percibido se observó que en la muestra total (N=247) existe una correlación baja ($r=0.277$, $p=0.000$) estadísticamente significativa, debido a que en este caso medimos estrés cotidiano y como mencionan Villardón (1993) y Buendía, Riquelme y Ruiz (2004), la Ideación Suicida se relaciona altamente con el estrés cotidiano, sólo cuando su cronicidad es persistente, situación que no fue medida en nuestro estudio, ya que únicamente se tomó en cuenta la situación vital de los sujetos en el momento de la aplicación.

Sin embargo, al realizar la correlación de Spearman entre la ideación suicida y el estrés percibido, para la muestra que manifestó pensamientos suicidas ($n=43$), se percibió que esta ($\rho=0.283$, $p=0.066$) no es estadísticamente significativa; lo que puede deberse a que, como menciona Rudd (1990) la desesperanza y depresión son variables que cuando son altas el nivel de

ideación suicida es mayor, no obstante el nivel predictivo del estrés se reduce bruscamente al introducir dichas variables.

Con respecto a los hábitos de salud, que incluyen las subescalas ejercicio, descanso/sueño, alimentación y prevención, se observó que existe una correlación de Pearson estadísticamente significativa ($r=-0.342$, $p=0.000$) para la muestra total; lo que corrobora lo dicho por Clemente y González (1996) y Jiménez et. al. (2004); quienes señalan que es común observar que los individuos con comportamientos suicidas presentan problemas en sus hábitos de salud, tales como: visitar al doctor, limpieza corporal, higiene bucal, higiene sexual, practicar deporte, hábitos alimenticios y de sueño, etc.

A pesar de esto, al realizar la correlación de Spearman ($\rho=-0.106$, $p=0.500$) para los sujetos con ideación suicida, encontramos que las escalas de hábitos de salud no fueron estadísticamente significativas, lo que puede deberse al fenómeno de deseabilidad social (Trivers, 2002) que implica que los sujetos de esta pequeña muestra intentaran mostrarse como sujetos interesados en su salud, para obtener que las demás emitan un mejor juicio sobre ellos.

En lo concerniente a los reactivos ARC (Conductas Autodestructivas) en su mayoría abuso de sustancias, encontramos que para la muestra total ($N=247$) la correlación de Pearson fue estadísticamente significativa ($r=0.130$ $p=0.041$) al igual que con la correlación de Spearman ($\rho=0.402$, $p=0.008$) para la muestra con ideación suicida ($n=43$); lo que coincide con lo encontrado por

Crumley (1990) acerca de que el consumo aislado de alcohol y otras sustancias adictivas, independientemente de que exista adicción, se asocia con frecuencia a conductas suicidas, hecho que está presente en casi dos tercios de todas estas conductas; y la proporción es aún mayor cuando se valora población joven.

Al hablar del apoyo social percibido por los sujetos, se encontró que la bibliografía (Villardón, 1993) refiere que se trata de una variable relacionada directamente con la ideación suicida, al considerarlo como un factor de protección; sin embargo, en esta investigación no se observó una correlación significativa, ni en la muestra total ($r=0.032$, $p=0.621$) ni en los sujetos que reportaron ideación suicida ($\rho=-0.207$, $p=0.184$); lo que puede deberse, en cierto modo, a la conducta paradójica (Wassermann, 2001) que presentan algunos sujetos con comportamientos suicidas, mostrándose en su vida pública de modo opuesto a sus sentimientos y pensamientos; esto es, a pesar de sentirse inseguros, solos y desesperanzados, se muestran ante los demás como seguros, con buenas relaciones sociales e independientes, etc.

Con respecto a la subescala de Conducta Tipo A, se halló que no hubo una relación estadísticamente significativa para la muestra ($r=0.117$, $p=0.660$); sin embargo, si se correlacionó de manera positiva en la muestra con ideación suicida ($\rho=0.172$, $p=0.007$), lo que nos indica que la conducta tipo A podría tratarse de un factor predictor importante para la conducta suicida, ya que como, anteriormente señaló Hull (1990) las personas que presentaron alguna conducta suicida tienen un estilo cognitivo caracterizado por menor flexibilidad,

polarización del pensamiento y excesivo sentimiento de culpa (características reconocidas como propias de la conducta tipo A). Por lo que consideramos que es necesario realizar futuras investigaciones acerca de la relación entre los comportamientos suicidas y este tipo de conducta. La Fuerza Cognitiva se refiere a las expectativas de autoeficacia, sentido de control y nivel de participación en el medio social del individuo. Al realizar el análisis en esta subescala, se encontró una correlación negativa ($r=0.344$, $p=0.000$) para la muestra total y una correlación moderada negativa ($\rho=-0.568$, $p=0.000$) para la muestra con ideación suicida, ambas estadísticamente significativas, lo que coincide con lo reportado por Buendía et.al. (2004), quien señala que es frecuente encontrar entre quienes presentan conductas suicidas, un bajo sentido de autoeficacia, niveles bajos de compromiso y poca participación social. Lo que concuerda con lo encontrado por La Fromboise y Howard-Pitney (1995) quienes obtuvieron una asociación negativa entre la autoeficacia y los pensamientos suicidas. Sobre la valoración positiva y negativa, las cuales están íntimamente relacionadas, se advirtió que ambas fueron estadísticamente significativas, la primera se trató de una correlación de tipo negativa ($r=-0.228$, $p=0.000$) y la segunda fue una correlación positiva ($r=0.303$, $p=0.000$) para la muestra total. Mientras que para la proporción con ideación suicida, las correlaciones se comportaron de manera similar; es decir, para la valoración positiva se encontró una correlación moderada negativa ($\rho=-0.641$, $p=0.000$) y para la valoración negativa tuvo una correlación positiva ($\rho=0.400$, $p=0.008$); lo que

parece indicar que los individuos con un nivel más alto de valoración negativa, tanto hacia su persona como a su entorno social, son más propensos a presentar alguna conducta suicida. Por el contrario, los que presentan un nivel más alto de valoración positiva tienen menor probabilidad de manifestar comportamientos suicidas; por lo que podemos considerar la valoración del sujeto como un factor protector o de riesgo importante. Lo anterior, ha sido estudiado por varios autores (Villardón, 1993; Buendía et. al., 2004; Williams y Pollock, 2000; y Wassermann, 2001) quienes han señalado que la valoración que el individuo tiene, tanto de sí como de su medio, depende de distintas variables cognoscitivas como son: la autoestima (Villardón, 1993; González-Forteza; 1998; Buendía et.al., 2004) que se comporta como un factor protector importante de la ideación suicida tanto en hombres como en mujeres, comprobado con jóvenes mexicanos; la distorsión de la memoria biográfica (Williams y Pollock, 2000), es decir, el recordar solo aquellos eventos negativos de la vida; el pensamiento dicotómico (Williams y Pollock, 2000) es decir el tomar como opciones del pensamiento el si y el no, todo y nunca, etc.; y finalmente la vergüenza e injuria narcisista (Wassermann, 2001) que repercuten directamente en la valoración del sujeto tomando todas las ofensas como directas y motivo de culpa. La minimización de la amenaza puede considerarse como uno de los mecanismos de solución de problemas más utilizados por las personas, el cual consiste en restarle importancia al problema que se está vivenciando, por lo que es considerado como un mecanismo de evasión, con respecto al cual en ésta investigación encontramos que resultó ser un factor moderadamente

correlacionado con la ideación suicida, tanto para la muestra total ($r=-0.350$, $p=0.021$), como para la porción con ideación suicida ($\rho=-0.403$, $p=0.007$). Dicha correlación es de tipo negativo lo que nos indica que a mayor ideación suicida, menor será la minimización de la amenaza, hecho que es consistente con lo reportado por Villardón (1994) acerca de que los sujetos con ideación suicida presentan deficiencias en sus habilidades de afrontamiento.

Acerca de la concentración en el problema, se encontró que la definición dada por Nowack (2002), para esta subescala coincide en varios puntos con lo que Villardón (1993) define como “habilidades de solución de problemas”, por lo que se puede concluir que cuando el sujeto genera estrategias para resolver sus problemas, centrando su atención en los mismos, disminuye sus pensamientos suicidas; hecho corroborado en nuestra investigación, ya que se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa, tanto para la muestra total ($r=0.191$, $p=0.003$) como para la muestra que manifestó ideación suicida ($\rho=0.421$, $p=0.005$). Finalmente acerca de Bienestar Psicológico, nuestros datos arrojaron que es un factor significativamente relacionado con la ideación suicida ($r=-0.339$, $p=0.000$; $\rho=-0.399$, $p=0.008$) de forma negativa. Lo cual corrobora la misma línea de investigación dada por Núñez (2005), “el bienestar negativo (malestar) que se expresa con la aparición de dificultades para enfrentar las contingencias ambientales, conduce a estilos de enfrentamiento indirecto como la ideación suicida”; lo cual implica que cuando el sujeto percibe que su nivel de

bienestar es muy bajo, tiene alta probabilidad de estar en riesgo y poner en marcha pensamientos y conductas suicidas.

Conclusiones

A pesar de que en los últimos años se han realizado diversos estudios, en nuestro país, acerca de los comportamientos suicidas; la mayoría de ellos se han llevado a cabo en adolescentes, por lo que consideramos necesario estudiarlo en adultos jóvenes, ya que en los últimos estudios se ha puesto de manifiesto como un sector con mayor prevalencia de conductas suicidas.

Por lo que resulta necesario, realizar una estimación de ideación suicida, ya que se reconoce como un paso previo al intento suicida, en jóvenes universitarios, específicamente estudiantes de psicología que serán los futuros encargados de la salud mental de la población. También reconocemos, de vital importancia, identificar los factores de riesgo al suicidio en esta población, así como evaluar los factores ya conocidos. Así mismo se debe indagar sobre como se interrelacionan algunas otras variables (Desesperanza, Depresión, Deseabilidad Social, Abuso de sustancias, Autoestima, Ansiedad, entre otros) con la ideación suicida, y si alguna puede considerarse como variable predictiva del suicidio consumado.

Cabe señalar que los datos obtenidos en la presente investigación ,acerca de la relación entre ideación suicida y los estresores psicosociales, resultaron ser bajos, debido a que a pesar de encontrar presente ideación suicida en los sujetos, el nivel de estrés psicosocial se mantuvo dentro de la normalidad; por lo que es necesario, en futuras investigaciones, tomar en cuenta algunas otras

variables, que en conjunto con el estrés, pudieran considerarse predictoras del suicidio consumado.

Por esto, podemos referir que la principal conclusión de nuestra investigación, es que los estresores psicosociales son factores importantes en la detección de pensamientos suicidas; sin embargo es importante indagar sobre como influyen otras variables en la relación existente entre el estrés psicosocial y la ideación suicida, a fin de identificar factores predictivos del suicidio consumado.

Los resultados de esta tesis, sin inferir relaciones de causalidad en estricto sentido, pueden ser de gran utilidad en la elaboración de programas preventivos en poblaciones no consideradas de alto riesgo, como es el caso de los jóvenes universitarios, en los que, sin embargo, se presentan importantes niveles de ideación suicida, evitando así que el acto suicida se lleve a cabo.

Cuando hablamos de la Conducta Suicida, es complicado que se acepte el tema, ya que se considera como un tabú; sin embargo es necesario empezar a crear programas de detección temprana de los pensamientos suicidas. Por lo anterior es necesario capacitar a la población en general, y a los servicios de salud ya que este es un gran problema de salud mental que nos concierne a todos; para dejar de lado los prejuicios, afrontar y participar en la prevención de las conductas suicidas, desmitificándolas, apartando la idea de que están únicamente relacionadas con la culpa, la desesperanza y el no deseo de vivir. Todo esto con la finalidad de dejar de ver estas conductas como algo irremediable, imposible de prevenir o tratar.



Estudiar la Ideación Suicida nos resultó bastante complejo, porque hay muchos jóvenes que no saben que tienen este tipo de pensamientos o no quieren reflexionar seriamente sobre ellos. Existen varios comportamientos que llevan a la muerte como un proceso largo y que no se toman como actos suicidas propiamente dicho. Por lo que es necesario desarrollar conciencia hacia el peligro latente que conlleva, que un sector amplio de nuestra población, tenga pensamientos suicidas.

Por lo que otra de las aportaciones de la tesis, es que es ineludible empezar a formar un programa preventivo del suicidio en jóvenes universitarios, principalmente estudiantes de psicología, los datos aquí presentados dan cuenta de la necesidad de contar con acciones coordinadas a mejorar la salud mental en su conjunto en especial lo que se refiere a estrés psicosocial y aquellas condiciones que de alguna forma pueden precipitar la ideación suicida hacia el acto suicida mismo.

Por ello, se hace evidente la necesidad de implementar estrategias de promoción de la salud mental, entre los grupos de universitarios dentro del ambiente escolar, familiar, social y laboral; mediante la promoción de políticas de protección, tales como:

- Un conocimiento basto y actualizado de la conducta suicida y el significado de su prevención;
- Reforzar la información de forma periódica y sistematizada acerca del comportamiento suicida;

- Prestar atención y detectar oportunamente los factores de riesgo como estrés psicosocial, desempleo, violencia, baja habilidad de resolución de problemas, entre otros;
- Reconocer la relación entre las conductas suicidas y el abuso de sustancias y;
- Desarrollar la importancia de los factores protectores (familia, amigos, hábitos de salud, fuerza cognitiva y el bienestar en general).

Todo esto, con la finalidad de que los universitarios puedan afrontar con éxito las dificultades que se suceden de manera natural en la cotidianidad personal, familiar y en los ambientes sociales.

Dado la naturaleza propia de nuestro tema de investigación las acciones en este campo, deben ser puntuales y oportunas pues una tardía intervención preventiva puede tener repercusiones irreparables, si bien es cierto existe basta literatura, los recursos en materia de investigación aun son insuficientes, pues la epidemiología del caso así lo muestra.



Bibliografía

- Agid O, Kohn Y, Lerer B.(2000) Environmental stress and psychiatric illness. Biomed Pharmacother; 54:135-41[Medline]
- Alvaro, J.L., Torregrosa, L. y Garrido, A. (1992). Influencia sociales y psicológicas en la Salud Mental. Siglo XXI: Madrid.
- Ansbacher, H.L. (1969). Suicidio: el punto de vista adleriano. En Farberow, N.L. y Shneidman, E.S. (1969) ¡Necesito Ayuda! Fournier: Mexico. p.p. 219-237
- Arango, V. Underwood, M.D. Boldrini, M. (2001) Serotonin 1A receptors, serotonin transporter binding and serotonin transporter mRNA expression in the brainstem of depressed suicide victims. Neuropsychopharmacology (25): 892-903.
- Baechler, J. (1979). Suicide. Basic books: New York.
- Bagley, C. Jacobson, S. y Rehin, A. (1976) Completed Suicide. Psychol Med; (6): 429-438.
- Beck, A. Beck, R. Kovacs, M. (1975) Classification of Suicidal Behaviors: I Quantifying Intent and Medical Lethality. American Journal Psychiatry (132); 285-287.
- Beck AT. Kovacs M. Weissman A.(1979) Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. J consult clin psychol, 47(2) ; 343- 352.
- Beck A, Rush A, Shaw B y Gary E. (1983) Terapia Cognitiva de la Depresión. Bilbao, España. Colección Biblioteca de Psicología.
- Berenzon, S. (1994). Consumo de inhalables y conductas antisociales en estudiantes del nivel medio y medio superior del Distrito Federal. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berenzon S., Medina-Mora ME., López E., González J.,(1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México. Revista Mexicana de Psicología, 15(2): 177-185.
- Berenzon S., González- Forteza C., Medina-Mora ME., (2000). Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres en comunidades urbanas pobres. Revista Mexicana de Psicología, 17(1):55-63.
- Bertolote, J.M. y Fleischmann, A. (2002). A global perspectiva in the epidemiology of suicide. Suicidology (7): 6-8.

- Billie-Brahe, U. (2000) Sociology and Suicidal Behavior. En Hawton, K. y Van Heeringen, K. (Eds.) The internacional handbook of Suicide and Attempted Suicide. Jhon Willey & Sons: EUA.
- Borges G., Rosovsky H., Caballero M., Gómez C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México:1970-1991. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 15-21.
- Borges G., Rosovsky H., Gómez C., Gutierrez R. (1996) Epidemiología del suicidio en México: 1970-1994. *Salud Pública México*, 38: 197-206, 1996.
- Buendía, J. Riquelme, A. y Ruíz, J.A. (2004) El Suicidio en adolescentes. Universidad de Murcia: España.
- Carroll BJ., Feinberg M., Greden JF., Tarika J., Albala AA., Haskett RF., James NM., Kronfol Z., Lohr N., Steiner M., De Vinge JP., Young E., (1981). A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia. Stadardization, validation, and clinical utility. *Archives of General Psychiatry*, 46: 587-599.
- Castelli, C P y Serrano, C. (2002) Caracterización de los factores asociados al suicidio. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, (2). México.
- Chilcoat HD, Breslau N. (1998) Posttraumatic stress disorder and drug disorders: testing causal pathways. *Arch Gen Psychiatry*; 55:913-7 [Medline]
- Clemente, M. y González, A. (1996) Suicidio: Una alternativa Social. Editorial Biblioteca Nueva: Madrid.
- Connor TJ, Leonard BE. (1998) Depression, stress and immunological activation: the role of cytokines in depressive disorders. *Life Sci*;62: 583-606 [Medline]
- Courtet, P.; Baud, P.; & Abbar, M. (2001) Association between violent suicidal behavior and the low activity allele of the serotonin transporter gene. *Molecular Psychiatry*; (6) p.p. 338-341.
- Craig, G. (2001) Desarrollo Psicológico. México, Prentice Hall.
- Crumley, F.E. (1990). Substance abuse and adolescent suicidal behavior. *JAMA* (163): 3051-3056.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Michaca, P. (1997). Teorías de la Personalidad. Edit. Trillas. 3a. reimpresión: México.
- De Rossis, L.E. (1969) Suicidio: el punto de vista de Horney. En Farberow, N.L. y Shneidman, E.S. (1969) ¡Necesito Ayuda! Fournier: Mexico. p.p. 257-278
- Díaz, S.J., Bousoño, G.M. y Bobes G.J. (2004). Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En Bobes G.J., Sáiz, M.P., García-Portilla G.M. y Bousoño G.M. Comportamientos Suicidas, Prevención y Tratamiento. *Ars Medica*: Barcelona. p. p.



- Dohrenwend BP. The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. J Health Soc Behav 2000; 41: 1-19 [Medline]
- Durkheim, E. (1897/2002) El suicidio. Ediciones Coyoacan: México.
- Farberow, N.L. y Shneidman, E.S. (1969) ¡Necesito Ayuda! Fournier: México.
- Freud, S. (1915) Duelo y Melancolía. Obras Completas 3ª. Edición. Amorrortu editores: Buenos Aires. Traducido por Ballesteros, L.
- Futterman, S. (1969) Suicidio: El punto de vista psicoanalítico. En Farberow, N. y Shneidman, E. ¡Necesito ayuda! Editorial Fournier: México. p.p. 169-264.
- García-Portilla, M.P.; Sáiz M.P.A.; Paredes O.B.; Bousoño G.M.; Bobes G.J. (2004). Factores Neurobiológicos. En Bobes G.J., Saiz M.P.A., Basarán F.M.T., (2004) Comportamientos suicidas: Prevención y Tratamiento. Ars Médica: Barcelona, España.
- Gibbs, M (1984). Epidemiología del suicidio consumado en Barcelona durante el año 1983. Revista de Psiquiatría y Psicología Medica XVI (8): 576-583.
- Goldberg, E. L. (1981)Depression and suicide ideation in the young adult. American Journal of Psychiatry; (138):35-40
- Golomb, B. A. (1998). Cholesterol and violence: is there a connection? Annals of Internal Medicine (128): 478-487.
- Gómez A., Lolas F., Barrera, A. (1991). Las condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Salud Mental.* 19(1):45-55.
- Gómez C.C.S. (1996) Relación entre el nivel de estrés psicosocial y la ideación suicida en estudiantes del nivel medio y medio superior del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez C., Borges G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental.* 19(1):45-55.
- Gómez MB, Primm AB, Tzolova-Iontchev I, Perry W, Vu HT, Crum RM. A description of precipitants of drug use among dually diagnosed patients with chronic mental illness. Community Ment Health J 2000;36:351-62 [Medline]
- González S, León S, González-Forteza C y González J (2000) Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck(ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental* 23(2); 21-30



- González-Forteza C, Andrade-Palos P (1994). Relación Entre Estresores Cotidianos Sociales Y Malestar Depresivo E Ideación Suicida En Adolescentes Mexicanos: una comparación por genero. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 40(2), 156-163.
- González-Forteza C. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis para obtener el grado de doctora en Psicología, Facultad de psicología. UNAM: México.
- González-Forteza C., Berenzon S., Tello AM., Facio D., Medina-Mora ME., (1998). Ideación Suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*: 40 (5).
- González-Forteza, C.; Villatoro, J.; Pick, S.; Collado, M.E (1998).: Estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México: análisis según nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45.
- González-Forteza, C.; García, G.; Medina-Mora, M.E.; Sánchez, M. A. (1998). Indicadores Psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3).
- González-Forteza C., Berenzon S., Jiménez A.(1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*. Número Especial.
- González-Forteza C., Ramos L., Mariño MC., Pérez E. (2001). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*: Vol. 47.
- González-Macip S.(1998). La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Gould, M.S. Greenberg, T. Velting, D.M. Shaffer, D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child & Adolescence Psychiatry*. 2003 (42): 1155-1162.
- Heman, A. (1986) Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. III Reunión de Investigación y enseñanza, Instituto Mexicano de Psiquiatría. p.p 201-208.
- Herbert J. Stress, the brain, and mental illness. *BMJ* 1997; 315: 530-5 [Medline]
- Hodel B, Brenner HD, Merlo MC, Teuber. Emotional management therapy in early psychosis. *Br J Psychiatry (Suppl)* 1998;172:128-33
- INEGI: Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social. *Cuaderno No.14.* Instituto Nacional de Estadística Geografica e Informatica, 1996.



- Jansen LM, Gispén-de Wied CC, Kahn M. Selective impairments in the stress response in schizophrenic patients. *Psychopharmacology (Berl)* 2000; 149: 319-24 [Medline]
- Jimenez, T. J., Sáiz, M.P., Paredes, O.B. y Bobes G.J. (2004) Epidemiología de los comportamientos suicidas. En Bobes G.J., Sáiz, M.P., García-Portilla G.M. y Bousoño G.M. Comportamientos Suicidas, Prevención y Tratamiento. Ars Medica: Barcelona. p.p
- Jímenez, T.L., García-Portilla, G.M., Sáiz, M.P. y Bascarán, F.M. (2004) Factores Sociodemográficos. Factores Neurobiológicos. En Bobes, G.J; Sáiz, M.P; García-Portilla G.M; Bousoño G.M. Comportamientos suicidas prevención y tratamiento. Ars Medica: Barcelona.
- Johnson JG, Cohen P, Dohrenwend BP, Link BG. A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *J Abn Psychol* 1999; 108: 490-9.
- Juárez-Rojo, I.E., Blé-Castillo, J.L., Villar-Soto, M., Jiménez-Santos, M. A., Ramón-Frías, T., Juárez-Oropeza, A. & Díaz-Zagoya J.C. Depresión y Riesgo de Suicidio: Posibles indicadores bioquímicos en pacientes psiquiátricos con intento de suicidio en el sureste de México. [_www.ujat.mx/publicaciones/uciencia](http://www.ujat.mx/publicaciones/uciencia). 2005, 21(41): p.p. 1-9.
- Kelly, G.A.(1969) Suicidio : el punto de vista de tu concepción personal. En Farberow, N.L. y Shneidman, E.S. (¡Necesito Ayuda! Fournier: México. p.p. 279-310.
- Kerlinger, (2001). Metodología de la investigación en ciencias sociales. México, Prentice Hall.
- Klopfér, B. (1969). Suicidio: el punto de vista de Jung. En Farberow, N.L. y Shneidman, E.S. (1969) ¡Necesito Ayuda! Fournier: Mexico. p.p. 205-218
- Kreek MJ, Koob JF. Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug Alcohol Depend* 1998; 51: 23-47 [Medline]
- Kronfol Z, Remick DG. Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry. *Am J Psychiatry*; 2000;157: 683-94 [Medline]
- Kumar G y Steer R.A. (1995) Psychosocial Correlatos Of Suicidal Ideation Of Adolescent Psychiatric Inpatients. *Suicide And Life Threatening Behavior* . Vol 25 (39).
- La Fromboise, T.D. y Howard-Pitney, B. (1995). Suicidal Behavior in american Indian female adolescence. En Coneto, I.N.S. y Lester, D. (Eds).Women and suicidal behavior. Springer: New York. p.p 167-173.



- Lazarus R. Emotion and adaptation (1991). New York, Edit. Oxford University Press.
- Lazarus RS, Folkman S (1986) Estrés y procesos cognitivos. Ed Martínez Roca, Barcelona.
- Lechin F, Van der Dijks B, Benaim M. Stress versus depression. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1996; 20: 899-950 [Medline]
- Litman, R. E. (1967) Sigmund Freud on suicide. En Shneidman, E.S. Essays on self-destruction. Science House: New York.
- Maes, M., Smith, R., Christopher A., Vondoolaeghe, E., Vangastel, B., Neeb, H., Demedts, P. Wauters, A. y Meltezer, H. (1967). Lower serum high density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in major depression and in depressed men with serious suicidal attempts: relationship with immune-inflammatory marker. Acta Psiquiatrica Escadinava: (95): 212-221.
- Mäkinen, M. (2000). Psychology and Suicidal Behavior. En Hawton, K. y Van Heeringen, K. (Eds.) The internacional handbook of Suicide and Attempted Suicide. Jhon Willey & Sons: EUA.
- Mann, J.J., Staff, D.M. A synthesis of currents findings regarding neurobiological correlates and treatment of suicidal behavior. Annals of the New York Academy of Sciences, 1997(156) p.p. 352-363.
- Mann, J.J.; Waternaux, C.; Haas, G.L.; Malone, K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156: 181-189.
- Mann J.J.; Oquendo, M.; Underwood M.D.; Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl 2): 7-11.
- Mann JJ., McBride PA., Malone KM., DeMeo MD., Keilp J. Blunted serotonergic responsivity in depressed patients. Neuropsychopharmacology, 1995 (13): 53-64.
- Maris, R.W., Berman A.L. y Silverman M.M. (2000) Comprehensive Textbook of Suicidology. Guilford Publication: New York.
- Mathew SJ, Coplan JD, Gorman JM. Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. Am J Psychiatry 2001; 158: 1558-67 [Medline]
- McFarlane AC. Traumatic stress in the 21st century. Aust N Z J Psychiatry 2000; 34: 896-902 [Medline]

- Mc Intosh J. L., Santos, J.F., Hubbard, R.W. y Overholser J.C. (1994) Elder Suicide: Research, theory and treatment. American Psychological Association: Washington, D.C.
- Medina, G.M. y Hernández, M.J. (2004) Factores Personales. Factores Neurobiológicos. En Bobes, G.J; Sáiz, M.P; García-Portilla G.M; Bousoño G.M. Comportamientos suicidas prevención y tratamiento. Ars Medica: Barcelona.
- Medina-Mora, ME; Rascon, ML; López, LE; Villatoro, J. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría.* Pp. 7-14.
- Menniger, K. (1972) El hombre contra sí mismo. Ediciones península: Barcelona
- Messenger C, Shean G. The effects of anxiety sensitivity and history of panic on reactions to stressors in a non-clinical sample. J Behav Ther Exp Psychiatry 1998; 29: 279-88 [Medline]
- Mondragón, B. L. (1997) Ideación Suicida en relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Mondragón L, Saltijeral T, Bimbela A, Borges G. (1998) La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. Salud Mental Vol. 21 No.5. México.
- Mondragón L, Borges G, Gutierrez R. (2001) La medición de la Conducta Suicida en México. Estimaciones y procedimientos. Salud Mental Vol.24, No. 5, México.
- Morgan, H. (1983) ¿Deseos de Muerte? Breviarios. Fondo de Cultura Económica: México.
- Moron, P. (1987) ¿Qué sé? El suicidio. Edit. Publicaciones Crz O., S.A. México.
- Mumford DB, Minhas FA, Akhtar I, Akhter S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. Community survey. Br J Psychiatry 2000;177:557-62 [Medline]
- Neumeister, A., Costan, A., Goldman, R., Konstantindis, A. y Stastny, J. (2002). Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism (5HTTLPR) and behavioral responses to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. Archives of General Psychiatry: (59): 613-620.



- Nielsen, D.A.; Virkkunen, M.; y Lappalainen, J. A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. Archives of General Psychiatry, 1998 (55): p.p. 593-602.
- Nowack, Kenneth M. (2002) Perfil de Estrés: Manual. México, Editorial Manual Moderno.
- OMS (2001). Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra.
- OMS (2002). Suicide rates and absolute numbers of suicide by country. (2002). Disponible en Internet:
www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Oquendo, M.A., Mann, J.J. (2000) The biology of impulsivity and suicidality. Psychiatric Clinics of North America (23):11-25.
- Pani L, Porcella A, Gessa GL. (2000) The role of stress in the pathophysiology of the dopaminergic system. Mol Psychiatry; 5: 14-21 [Medline]
- Paykel E.S.(2001) Stress and affective disorders in humans. Semin Clin Neuropsychiatry; 6: 4-11
- Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan J.T. (1981) The stress process. J Health Soc Behav; 22: 337-56 [Medline]
- Post, R.M. (1992) Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. Am J Psychiatry;149: 999-1010 [Medline]
- Rivera, C.N.A. (2005) Frecuencia de ideación suicida y factores de riesgo asociados en adolescentes de escuelas del área influenciadas de la UMF no. 33. Tesis de postgrado. UNAM.
- Rivera, S.M.M., Herrera C.L.(2002). Perfil psicológico de personas con intento suicida. Instituto Politécnico Nacional; México, D.F.
- Roberts, R.E., Chen, Y. y Roberts, C.R. (1997) Ethnocultural differences in prevalence of adolescents suicidal behaviour. Suicide & Life Threatening Behavior; (27): 208-217.
- Rotheram-Borus, M.J., Trautman, P.D., Dopkins, S.C. y Shrout, P.E. (1990) Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. Journal of Consulting and Clinical Psychology; (58): 554-561.
- Roy, A.; Nielsen, D; Rylander, G; Segal, N. (1999) Genetics of suicide in depression. J Clin Psychiatry; 60 (Suppl 2): 12-17



- Rudd, M.D. (1990) An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and life threatening behavior*; 20 (1): p.p. 16-30.
- Sadek N, Nemeroff CB. Update on the Neurobiology of Depression. Medscape, Psychiatry/ Treatment Update 2000.
- Sáiz, M.P; García-Portillo, G.M; Paredes, O.B; Bousoño, G.M; Bobes, G.J. (2004). Factores Neurobiológicos. En Bobes, G.J; Sáiz, M.P; García-Portilla G.M; Bousoño G.M. Comportamientos suicidas prevención y tratamiento. Ars Medica: Barcelona. p.p. 60-70.
- Sáiz, M.P., Paredes, O.B., Gracia-Portilla, G.M., Jiménez T.L. y Bobes G. J. (2004) Factores genéticos. En Bobes, G.J; Sáiz, M.P; García-Portilla G.M; Bousoño G.M. Comportamientos suicidas prevención y tratamiento. Ars Medica: Barcelona.
- Seligman, M.E.P., Abrahamson, Y., y Garber, J. (1979). Learned Helplessness in Humans: an attributional analysis. En Garber, J. y Seligman, M.E.P. (Eds.). Human Helplessness. Academic Press: New York.
- Siegrist J. (1996) Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*; 1: 27-41 [Medline]
- Träskman-Bendz, L. y Mann, J.J.,(2000) Biological Aspects of Suicidal Behavior. En Hawton, K., Van Heeringer, K. The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Edit. Wiley & sons. England.
- Trucco M. Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Junio, 1998
- Vega, W.A., Gil, A., Warheit, G., Apaspori, E. y Zimmerman, R. (1993). The relationship of drug use to suicide ideation and attempts among African american, Hispanic and white non-hispanic male adolescences. *Suicide & Life Threatening Behavior*. Vol. 23. (2): 110-119.
- Vega-Piñero, M., Basco-Fontecilla, M., Baca-García, E. y Díaz-Sastre C. (2002). El Suicidio. *Salud Global*. España: Año II Número 4.
- Villardón, G.L. (1993) El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Universidad de Deusto: España
- Warr P. A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress* 1994; 8: 84-97.
- Wasserman, D. (2001) Suicide: An Unnecessary death. Martin Dunitz: England.



Wasserman, D. (2001) Suicidal peoples experiences of negative life events en Wasserman, D. Suicide: An Unnecessary death. Martin Dunitz: England.

Williams DR, House JS. (1991) Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view. En: Badura B, Kickbusch I. (Eds.): *Health Promotion Research. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series N° 37,* pp. 147-72

Yui K, Goto K, Ikemoto S, Ishiguro T. (2000) Stress induced spontaneous recurrence of methamphetamine psychosis: the relation between stressful experiences and sensitivity to stress. *Drug Alcohol Depend*; 58: 67-75 [Medline]

ANEXOS

Anexo 1

Escala de Ideación Suicida de Beck



ISB



Folio: ____:____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Semestre: _____ Turno: _____ Ocupación: _____
Nº. de hijo: _____ Ingreso familiar (por mes): _____

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con tus pensamientos acerca de la vida y muerte. Contesta la respuesta más acorde contigo, que describa como te has sentido en el último mes.

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir. ()

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Poco (Débil)
- 2. Ninguno (No tiene)

2. Deseo de morir. ()

- 0. Ninguno (No tiene)
- 1. Poco (Débil)
- 2. Moderado a fuerte

3. Razones para Vivir/Morir. ()

- 0. Vivir supera a morir
- 1. Equilibrado (es igual)
- 2. Morir supera a vivir

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()

- 0. Ninguno (inexistente)
- 1. Poco (Débil)
- 2. Moderado a fuerte

5. Deseo pasivo de suicidio. ()

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ()

- 0. Breves, periodos pasajeros
- 1. Periodos largos
- 2. Continuos (Crónicos), casi continuos

7. Frecuencia. ()

- 0. Rara, ocasionalmente
- 1. Intermitente
- 2. Persistentes y continuos

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente; indiferente
- 2. Aceptación

9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()

- 0. Tiene sentido de control
- 1. Inseguridad de control
- 2. No tiene sentido de control

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión irreversibilidad o fallar). ()

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene
- 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
- 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen

11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
- 1. Combinación de 0-2
- 2. Escapar, acabar, salir de problemas

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()

- 0. Sin considerar
- 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles
- 2. Detalles elaborados / bien formulados

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ()

- 0. Método no disponible, no oportunidad

- 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
 - 2. Método y oportunidad disponible
 - 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método
- 14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.** (
- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
 - 1. No está seguro de tener valor
 - 2. Está seguro de tener valor
- 15. Expectativa/ anticipación de un intento real.** (
- 0. No
 - 1. Sin seguridad, sin claridad
 - 2. Sí
- IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO.
- 16. Preparación real.** (
- 0. Ninguna
 - 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
 - 2. Completa
- 17. Nota Suicida.** (
- 0. Ninguna
 - 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar
 - 2. Escrita. Terminada
- 18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).** (
- 0. No
 - 1. Sólo pensados, arreglos parciales
 - 2. Terminados
- 19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.** (
- 0. Revela las ideas abiertamente
 - 1. Revela las ideas con reservas
 - 2. Encubre, engaña, miente
- 20. Intento de suicidio Anteriores.** (
- 0. No.
 - 1. Uno.
 - 2. Más de uno.

Anexo 2

Perfil de Estrés de Nowack

PARTE I

A continuación se le presenta una lista de seis categorías principales de estresores o "problemas" que la gente experimenta en su trabajo y en su vida personal. Los problemas son experiencias y condiciones de la vida cotidiana que se perciben como importantes e irritantes, molestas, hirientes o amenazantes para el bienestar de alguien. Utilice la escala de respuestas para indicar la frecuencia con la que ha experimentado estos problemas durante los últimos 3 meses.

Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	2	3	4	5

1. **PROBLEMAS DE SALUD** (p. ej., preocupaciones acerca de su salud, tratamiento médico, apariencia física, consumo de alcohol o tabaco en exceso, limitaciones físicas, síntomas físicos, cambio en la condición médica existente, efectos colaterales de la medicación, etc.).
2. **PROBLEMAS EN EL TRABAJO** (p. ej., insatisfacción laboral, problemas con el jefe, falta de reconocimiento, preocupación por sobresalir, aburrimiento en el trabajo, explotación, preocupación por la seguridad en el trabajo, relaciones laborales, carga de trabajo, presión de tiempo, sueldo, horario, viajes de trabajo, etc.).
3. **PROBLEMAS FINANCIEROS** (p. ej., impuestos, inversiones, pago de hipoteca, deudas, inseguridad financiera, préstamos, falta de dinero para viajar, cuentas pendientes, financiamiento para la educación de los hijos, problemas legales, reparaciones de casa y automóvil, planes de jubilación, etc.).
4. **PROBLEMAS FAMILIARES** (p. ej., problemas de salud de los miembros de la familia, preocupación por parientes, problemas con padres ancianos, líos en las relaciones familiares, dificultades con los hijos, equilibrio entre el trabajo y la familia, cuidado de mascotas, etc.).
5. **PROBLEMAS SOCIALES** (p. ej., problemas con los vecinos, obligaciones y expectativas sociales, dificultades con amigos, conocer a otras personas, soledad, incapacidad para expresarse, chismes, celos, demasiadas responsabilidades sociales, poco tiempo para descansar, compañía inesperada, tiempo insuficiente para realizar actividades sociales, conflictos interpersonales, etc.).
6. **PROBLEMAS AMBIENTALES** (p. ej., clima, ruido, contaminación, noticias sobre eventos actuales, delincuencia, prejuicios, política, seguridad ambiental, etc.).

PARTE II

¿Con qué frecuencia estas afirmaciones lo describen en los últimos 3 meses?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	2	3	4	5

7. Invirtió algo de su tiempo libre en deportes o actividades físicas, como jardinería, reparaciones en la casa, baile, tenis, golf, softbol, básquetbol, boliche, caminata, raquetbol, etc.
8. Hizo ejercicio durante al menos de 20 a 30 minutos, tres veces a la semana para mejorar su tono muscular, fuerza o flexibilidad (p. ej., estiramiento, fisicoconstructivismo, calistenia, ejercicios isométricos, etc.).
9. Invirtió al menos de 20 a 30 minutos para realizar algún tipo de ejercicio físico intenso al menos tres veces por semana (p. ej., aeróbicos, trotar, nadar, caminar a paso vivo, etc.).
10. Se motivó a sí mismo(a) mientras trabajaba o jugaba, aun cuando se sintiera cansado(a), fatigado(a) o exhausto(a).
11. Perdió una noche completa de sueño o gran parte de ésta debido al trabajo o a actividades recreativas.
12. Durmió menos de lo que necesitaba porque se desveló o tuvo que levantarse demasiado temprano.
13. Durmió menos de lo que necesitaba porque tuvo problemas para conciliar el sueño o durmió menos tiempo del usual.
14. Dejó de hacer actividades frecuentes que le resultaban relajadoras y tranquilizantes (p. ej., pasatiempos, leer, ver televisión, escuchar radio, etc.).
15. Mantuvo contacto físico cercano o íntimo con alguien que tenía un padecimiento, infección o enfermedad (p. ej., besos, compartió comida, ocuparon el mismo auto u oficina, usó los mismos cubiertos o el mismo vaso, etc.).

continúe en la siguiente página

- Nunca
 Rara vez
 Algunas veces
 A menudo
 Siempre
- 1 2 3 4 5

16. Continuó con su trabajo u otras actividades, aun cuando experimentó el síntoma de alguna enfermedad (p. ej., fiebre, nariz constipada, estornudos, calosfríos, etc.).
17. No tuvo tiempo para orinar o evacuar de manera regular diariamente.
18. Practicó sexo seguro (p. ej., tomó las precauciones necesarias como limitar el número de sus compañeros sexuales o utilizar condones para minimizar el riesgo de contraer o esparcir enfermedades de transmisión sexual).
19. No pudo tomar las medicinas que le recetó el doctor o los complementos que no necesitan receta (p. ej., vitaminas o minerales), los cuales suele consumir.
20. No pudo mantener sus hábitos de salud preventiva (p. ej., evitó revisiones médicas, descuidó la higiene bucal, no se hizo su autoexamen mensual de mama, ignoró los niveles elevados de colesterol y presión arterial).
21. Ingirió una o dos tabletas de aspirina, no sustitutos como el acetaminofen (p. ej., Tylenol) o ibuprofeno (p. ej., Advil, Nuprin, Mediprin), tres o cuatro veces a la semana.
22. No tomó un desayuno adecuado o nutritivo al principio de cada día.
23. A diario comió una variedad balanceada de alimentos nutritivos de los principales grupos en cada una de sus comidas principales (p. ej., frutas, vegetales, pescado, carnes, pollo, productos lácteos y granos como arroz, pan, cereales).
24. Estuvo al tanto o restringió su consumo diario de grasas saturadas, colesterol, sodio, azúcar y calorías totales.
25. Comió comida rápida o chatarra (p. ej., pastelillos, dulces, papas fritas) en lugar de una comida completa.

- Nunca
 Rara vez
 Algunas veces
 A menudo
 Siempre
- 1 2 3 4 5

26. No tomó una comida importante que usted acostumbra tener durante el día.
27. Tomó medicinas o alimentos a los que es muy sensible o alérgico, lo que le produjo malestar estomacal u otros efectos colaterales negativos (p. ej., mareo, náuseas, jaqueca).
28. Tomó dos o más tazas de bebidas cafeinizadas en 24 horas (p. ej., café, té, cocoa, bebidas sin alcohol) o comió a diario comida con mucha cafeína (p. ej. chocolate).
29. Consumió más de dos copas de alcohol en 24 horas (p. ej., vino, cerveza, whisky, cóctel).
30. Consumió drogas con motivos sociales, recreativos o no médicos (p. ej., cocaína, marihuana, estimulantes depresores).

Utilice la siguiente escala de respuestas para indicar el número de cigarrillos que fuma durante un día.

- Ninguno
 1 a 4 cigarrillos
 5 a 10 cigarrillos
 11 a 20 cigarrillos
 Más de una cajetilla
- 1 2 3 4 5

31. Consumo de cigarrillos

continúe en la siguiente página

PARTE III

¿Con qué frecuencia estas personas se escapan de sus propias ocupaciones para hacerle a usted ya sea el trabajo o la vida personal más fáciles y satisfactorios? (Marque su respuesta con la siguiente escala para los enunciados 32 al 41.)

A

- Nunca
1
- Rara vez
2
- Algunas veces
3
- A menudo
4
- Siempre
5
- No aplicable
6

32. Jefe inmediato o supervisor
33. Otras personas en el trabajo
34. Cónyuge, novio(a) o persona significativa
35. Miembros de la familia o parientes
36. Amigos

¿Con qué frecuencia se refiere a estas personas para mantener su rutina diaria y laboral de manera eficiente (p. ej., les expresa sus sentimientos, busca su consejo, ellos apoyan sus esfuerzos, le brindan aceptación, amor, empatía, etc.)?

- Nunca
1
- Rara vez
2
- Algunas veces
3
- A menudo
4
- Siempre
5
- No aplicable
6

37. Jefe inmediato o supervisor
38. Otras personas en el trabajo
39. Cónyuge, novio(a) o persona significativa
40. Miembros de la familia o parientes
41. Amigos

Utilice la siguiente escala de respuestas para indicar qué tan satisfecho se siente con el apoyo social que le han proporcionado las personas listadas en los enunciados 42 a 46 cuando usted lo necesita.

B

- No del todo satisfecho
1
- Poco satisfecho
2
- Moderadamente satisfecho
3
- Muy satisfecho
4
- Extremadamente satisfecho
5
- No aplicable
6

42. Jefe inmediato o supervisor
43. Otras personas en el trabajo
44. Cónyuge, novio(a) o persona significativa
45. Miembros de la familia o parientes
46. Amigos

PARTE IV

En los enunciados del 47 al 56 utilice la siguiente escala de respuestas para indicar la frecuencia con que estas afirmaciones describen la forma en que usted actúa o se siente.

- Nunca
1
- Muy pocas veces
2
- A menudo
3
- La mayor parte del tiempo
4
- Siempre
5

47. Me siento apurado(a) y presionado(a) por el tiempo (p. ej., sin el tiempo suficiente para hacer todo en el trabajo o las cosas de la casa).
48. Mis actividades y mi horario me hacen estar tan activo(a) y ocupado(a) como es posible llevándome al límite de mi energía y capacidad.
49. Cuando me siento molesto(a), incómodo(a) o enojado(a) ante el trabajo y el estrés, tiendo a expresar lo que siento y lo que pienso a los demás.
50. Tiendo a ser brusco(a) y competitivo(a) tanto en el trabajo como en el juego.
51. Cuando estoy formado(a) en una fila, suelo preguntarme por qué los demás son tan incompetentes (p. ej., empleados, cajeros, aquellos que están al principio en la fila, etc.).
52. Tengo una gran necesidad de superarme y ser el(la) mejor en cualquier cosa en la que participo.
53. Tiendo a sentirme molesto(a) e impaciente cuando tengo que esperar por cualquier cosa (p. ej., el tráfico, las filas al hacer las compras, el servicio lento, los retrasos en las citas, etc.).
54. Tiendo a comer, caminar, hablar y hacer la mayoría de las cosas de manera rápida.
55. Me parece fácil decirle a los demás en el trabajo o en la casa cuando me siento frustrado(a), molesto(a) o enojado(a) con ellos.
56. Tanto en el trabajo como en la casa tiendo a verificar lo que mis compañeros o familiares hacen para asegurarme de que todo esté bien hecho.

continúe en la siguiente página

PARTE V

Los enunciados del 57 al 86 describen las creencias de la gente. ¿Qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación? Utilice la siguiente escala para señalar sus respuestas.

- Completamente de acuerdo
 De acuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 En desacuerdo
 Completamente en desacuerdo
 1 2 3 4 5

57. Mi participación en actividades fuera del trabajo y en pasatiempos me hace sentir que tengo un significado y un propósito.
58. Mediante la participación en asuntos políticos y sociales, la gente puede influir sobre la política y eventos mundiales.
59. Siempre puedo apoyarme y auxiliarme de mi familia y amigos cuando todo lo demás se ve sombrío.
60. Prefiero hacer cosas arriesgadas, excitantes y audaces más que apegarme a la misma rutina y estilo de vida cómodos.
61. Ser exitoso es producto del trabajo arduo; la suerte tiene poco o nada que ver.
62. Hay relativamente pocas áreas de mí mismo(a) en las que me siento inseguro(a), demasiado tímido(a) o falto(a) de confianza.
63. En general tiendo a ser un tanto crítico(a), pesimista y cínico(a) acerca de la mayor parte de las cosas en mi trabajo y en mi vida.
64. En mis circunstancias actuales, se necesitaría muy poco para hacerme dejar la institución o empresa en la que trabajo.
65. No me siento satisfecho(a) con mi actual participación en las actividades cotidianas y el bienestar de mi familia y amigos.
66. En general, preferiría tener las cosas bien planeadas por anticipado más que enfrentarme a lo desconocido.
67. La mayor parte de la vida se desperdicia en actividades sin sentido.

- Completamente de acuerdo
 De acuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 En desacuerdo
 Completamente en desacuerdo
 1 2 3 4 5

68. Suelo sentirme inquieto(a), incómodo(a) o inseguro(a) cuando interactúo socialmente con otros.
69. Rara vez digo o pienso que no soy lo bastante bueno(a) o capaz para lograr algo.
70. Me siento comprometido(a) con mi empleo y las actividades laborales que estoy realizando en la actualidad.
71. Tiendo a ver la mayoría de los cambios, desilusiones y retrasos en la vida y el trabajo como amenazantes, dañinos o estresantes, más que como un reto.
72. Suelo explorar rutas nuevas y diferentes a los lugares a los que me traslado con frecuencia sólo por variar (p. ej., al trabajo o a la casa).
73. Los demás actuarán de acuerdo con sus propios intereses sin importar lo que yo intente decir o hacer para influirlos.
74. Sé que puedo tener éxito en casi cualquier cosa si tengo la oportunidad de ver cómo otros hacen las cosas o me enseñan cómo hacerlo.
75. Supongo que algunas cosas pueden salir mal de vez en cuando, pero no tengo ninguna duda de que soy capaz de afrontar de manera eficaz casi cualquier cosa que se me presente.
76. La mayoría de las cosas en las que participo (p. ej., trabajo, comunidad, relaciones) no constituyen un reto ni son muy estimulantes ni recompensantes.
77. Es probable que me sienta frustrado(a) y molesto(a) si mis planes no resultan exactamente como yo esperaba o si las cosas no se pueden hacer de la forma que yo deseaba.
78. Existe una relación directa entre cuánto trabajo y el éxito y el respeto que tendré.

continúe en la siguiente página

Completamente de acuerdo
De acuerdo
Ni de acuerdo ni en desacuerdo
En desacuerdo
Completamente en desacuerdo

1 2 3 4 5

79. No siento que en los últimos tiempos haya logrado mucho que en realidad sea importante o significativo con respecto a mis objetivos de vida y al futuro.
80. Suelo pensar que soy inadecuado(a), incompetente o menos importante que otros que conozco y con quienes trabajo.
81. Muchas veces siento que tengo poco control e influencia sobre las cosas que me pasan.
82. Si algo cambiara o saliera mal en mi vida en este momento, siento que no sería capaz de afrontarlo con eficiencia.
83. Cuando hay algún cambio en el trabajo o en la casa, suelo pensar que va a suceder lo peor.
84. Las cosas en el trabajo y en la casa son bastante predecibles hasta el momento y cualquier cambio sería demasiado difícil de manejar.
85. En realidad no puedes confiar en demasiadas personas porque la mayoría de ellas está buscando cómo mejorar su bienestar y su felicidad a costa tuya.
86. La mayoría de las cosas significativas proviene de definiciones internas, más que externas, de éxito, logro y satisfacción.

PARTE VI

Aunque cada problema o estresor que experimentamos puede manejarse de manera diferente, la mayoría de nosotros emplea formas características para afrontarlos cada día. Los enunciados del 87 al 106 describen maneras comunes de afrontar los estresores, las incomodidades, las molestias y los retos que se nos presentan. Utilice la siguiente escala de respuestas para indicar la frecuencia con la que usted tiende a recurrir a cada una de estas técnicas y aproximaciones para manejar su vida personal y laboral.

Nunca
Rara vez
Algunas veces
A menudo
Siempre

1 2 3 4 5

87. Concentro mis pensamientos en los aspectos más positivos del evento o situación (p. ej., lo que puedo aprender del evento o situación o las consecuencias positivas que puede tener).
88. Pienso en momentos, eventos y experiencias felices cuando enfrento problemas y frustraciones.
89. Imagino que las cosas mejoran y me siento confiado(a) de que puedo manejarlas.
90. Me concentro en lo que me molesta hasta que me siento más seguro(a) y cómodo(a) acerca del problema.
91. Digo y pienso en cosas positivas para mí que me hacen sentir mejor en cuanto a la situación o evento estresante (p. ej., "todo va a salir bien").
92. Me culpo, me critico y "me pongo por los suelos" por crearme o causarme de alguna manera mi problema.
93. Me dedico a pensar sobre lo que debí o no haber hecho en una situación particular.
94. Pienso y me concentro en lo peor que pudo suceder en una situación determinada.
95. Saco el tema y lo hablo con otros de manera excesiva ("machacando sobre lo mismo").
96. Pienso en el problema constantemente, de día y de noche (no soy capaz de "abandonarlo" y dejar de ahondar en lo que me molesta).

continúe en la siguiente página

- Nunca
 Rara vez
 Algunas veces
 A menudo
 Siempre
- 1 2 3 4 5

97. Minimizo la importancia de lo que me molesta burlándome o bromeando sobre ello (es decir, uso el humor para poner el evento o la situación en perspectiva).
98. Evito pensar en ello cuando me viene a la mente (es decir, soy capaz de olvidarme y dejar de ahondar en lo que me molesta).
99. Me impulso a seguir adelante con mi vida y a canalizar mi energía en cosas más productivas para minimizar mi frustración e insatisfacción.
100. Me digo cosas como “deja de pensar en eso” o “no es momento para pensar en eso”, cuando me siento frustrado(a), irritado(a) o molesto(a).
101. Lo veo como algo que ya sucedió y que se terminó (o sea, “lo que pasó, pasó”)
102. Hablo con otros y les pido su opinión, un consejo, recomendaciones, ideas o sugerencias.
103. Les pido a otros que cambien o modifiquen su conducta de modo que las cosas mejoren para mí.
104. Desarrollo un plan de acción y lo llevo a cabo para afrontar de manera más eficaz la situación en el futuro.
105. Cambio la situación o modifico mi conducta para minimizar o aliviar mi frustración o insatisfacción.
106. Recuerdo mis experiencias pasadas y me imagino la manera más conveniente de resolver el problema o mejorar la situación de forma productiva y eficaz.

PARTE VII

A continuación se presenta una lista de sentimientos y actitudes comunes que la gente experimenta. Utilice la escala de respuestas para indicar la frecuencia con la que ha experimentado o sentido cada una de ellas durante los últimos 3 meses.

- Nunca
 Rara vez
 Algunas veces
 A menudo
 Siempre
- 1 2 3 4 5

107. Sentirse feliz y satisfecho(a) con su vida social.
108. Sentirse estimulado(a) y motivado(a) por su trabajo y su vida.
109. Sentirse capaz de relajarse y experimentar bienestar fácilmente.
110. Sentirse mental y físicamente calmado(a), relajado(a) y libre de tensión.
111. Despertarse anticipando un día interesante y emocionante.
112. Sentirse amado(a), querido(a) y apoyado(a) sinceramente por las personas cercanas a usted.
113. Disfrutar de manera genuina las cosas en las que participa.
114. Sentir que su futuro es esperanzador y promisorio.
115. Sentirse confiado(a), optimista y seguro(a) de sí mismo(a).
116. Sentirse a gusto con su vida.
117. Sentirse comprometido(a) con sus actividades cotidianas y sus relaciones actuales.
118. Sentirse satisfecho(a) con sus logros personales y profesionales.

PARTE VIII

En los enunciados 119 a 123 marque con una V para “Verdadero” o una F para “Falso”.

- Verdadero
 Falso
- V F

119. Nunca en mi vida he estado enfermo(a) ni un día.
120. He estado deprimido(a) al menos una vez en mi vida.
121. Nunca he dicho algo malo acerca de otra persona.
122. Nunca en mi vida he mentido.
123. Siempre he tenido malos pensamientos sobre otras personas.

Anexo 3



PSICOLOGIA UNAM



ISB - PERFIL DE ESTRÉS.

Nombre:_____

÷

A continuación se te presentan los resultados que obtuviste en la escala de Ideación suicida de Beck y en el Perfil de estrés psicosocial, instrumentos que te fueron aplicados como parte de la investigación “ideación suicida y su relación con el estrés psicosocial en estudiantes de psicología” en el ciclo escolar 2006-2.

Agradecemos tu participación.

RESULTADOS:

Al evaluar la ideación Suicida de _____ por medio de la escala de Ideación suicida de Beck, se encontró que su puntaje total fue de _____ puntos lo que indica que (no) existe un grado elevado de ideación suicida, además de (no) existir antecedentes de intento de suicidio previo.

Los puntajes obtenidos en el Perfil de Estrés se te muestran a continuación en una grafica, debes recordar que los puntajes que están por arriba de 60 se consideran altos y los menores de 40 bajos, los puntajes subrayados representan un riesgo para tu bienestar y seria conveniente que los modifiques.

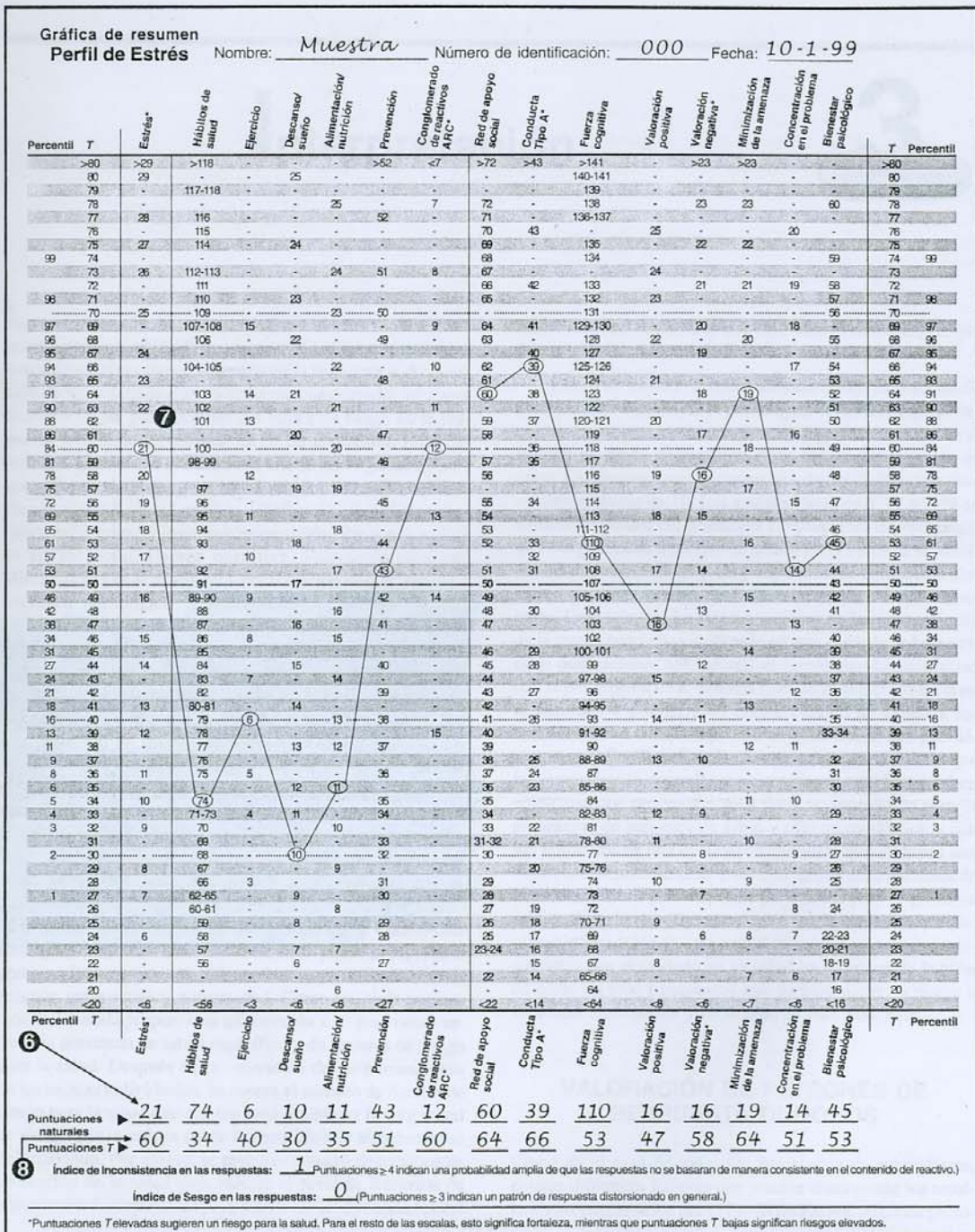


Figura 1. Muestra contestada de la Forma de respuesta y calificación del Perfil de Estrés (continuación)

CONCLUSIONES:

Con respecto a la Escala de Ideación Suicida, podemos decir que tu puntaje indica una ligera ideación suicida, por lo que te recomendamos acudir al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad; o en su defecto a la Dirección General de Servicios Médicos que se encuentra dentro de Ciudad Universitaria.

Se observa que existen deficiencias en sus hábitos de salud, en el caso específico de descanso-sueño, lo que nos indica que necesita mejorar sus hábitos de sueño, manteniendo un buen descanso, durmiendo las horas recomendadas; además de tener deficiencia en sus hábitos de alimentación y nutrición, por lo que se le recomienda cuidar mas su alimentación, teniendo una dieta balanceada y acorde a las necesidades utilizadas.

En las demás subescalas tu puntaje se encuentra del rango normal, sin embargo te recomendamos que sigas prestándole atención a estos casos; ya que no porque se encuentre normal no significa que no sean circunstancias y factores que debes tomar en cuenta en tu desarrollo como individuo.